

CSG

CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS **ESTÁNDARES 2015**

VIGENTES A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2012

CENTENARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL **1917 - 2017**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General

Dr. José Narro Robles

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Vocales Titulares:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Secretaría de Desarrollo Social
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Secretaría de Economía
Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Secretaría de Educación Pública
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Universidad Nacional Autónoma de México

Vocales Auxiliares:

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
Instituto Politécnico Nacional
Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior A. C.
Fundación Mexicana para la Salud, A. C.
Secretaría de Salud Pública del Gobierno del Estado de Sonora, representante de la Zona Noroeste
Secretaría de Salud en el Estado de Nuevo León, representante de la Zona Noreste
Secretaría de Salud en el Estado de San Luis Potosí, representante de la Zona Centro
Secretaría de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste
Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México
Coordinación General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación
Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Academia Mexicana de Pediatría, A. C.
Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.
Colegio Médico de México, A. C.
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Cámara Nacional de la Industria de la Transformación

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS DE ATENCIÓN MÉDICA

Presidente de la Comisión

Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Secretaria Técnica de la Comisión

Dr. Sara Fonseca Castañol

Comisionados:

Secretaría de Salud

Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional

Sanidad Naval de la Secretaría de Marina

Academia Nacional de Medicina de México, A. C.

Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Institutos Nacionales de Salud

Universidad Nacional Autónoma de México

Secretaría de Salud Pública del Estado de Baja California, representante de la Región Noroeste

Secretaría de Salud en el Estado de Tamaulipas, representante de la Región Noreste

Secretaría de Salud en el Estado de Tlaxcala, representante de la Región Centro

Secretaría de Salud de Guanajuato, representante de la Región Occidente

Secretaría de Salud de Morelos, representante de la Región Suroeste

Secretaría de Salud de Campeche, representante de la Región Sureste

Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de México

Secretaría de Salud del Estado de Sonora

Subdirección Corporativa de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

Colegio Médico de México, A.C.

Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dirección de Enfermería y Coordinación General de la Comisión Permanente de Enfermería

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.

Sociedad Mexicana de Calidad y Seguridad de la Atención, A.C.

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales, A.C.

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

SECRETARIADO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dra. Sara Fonseca Castañol

Directora General Adjunta de Articulación y

Responsable del Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 59036

Correo electrónico: sara.fonseca@csg.gob.mx

Dr. Lino Campos Álvarez

Director de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 59073

Correo electrónico: lino.campos@csg.gob.mx

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde

Director de Desarrollo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 59035

Correo electrónico: Javier.soberanes@csg.gob.mx

Lic. Eduardo José Flores González

Subdirector de Asuntos Jurídicos del Sistema Nacional de Certificación de establecimientos de Atención Médica

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 53522

Correo electrónico: eduardo.flores@csg.gob.mx

Mtro. Aaron Padilla Orozco

Subdirector de Operaciones e Innovación

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 59035

Correo electrónico: aaron.padillao@csg.gob.mx

Lic. Metztli Xochizuatl Benítez López

Jefa del Departamento de Vinculación

Teléfono: 20.00.34.00 ext. 53592

Correo electrónico: vinculacion@csg.gob.mx

AGRADECIMIENTO ESPECIAL POR COLABORAR CON EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES PARA CERTIFICAR UNIDADES DE HEMODIÁLISIS

Dr. José Ricardo Correa Rotter

Presidente de la Asociación Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y nutrición – Salvador Zubirán
Médica Sur
Fresenius Medical Care de México

Dr. Francisco Ruiz Maza

Hospital Español

Dr. René Patiño Ortega

Dr. Jesús Manolo Ramos Gordillo

Centro de Diagnóstico Ángeles

Dr. Guillermo González Mendoza

Dra. Angélica González Muñoz

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtra. Martha Huertas Jiménez

Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y nutrición – Salvador Zubirán

Dr. Benjamín Navarro Reynoso

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Dra. Janet Estefan Garfias

Petróleos Mexicanos

Dr. Armando Manuel Manrique Nájera

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Juan de Dios Guerrero Aguilar

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
SÍNTESIS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS	13
POLÍTICAS DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS	18
ENFOQUE DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS	22
DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	24
AGRUPACIÓN DE ESTÁNDARES	
SECCIÓN 1	
Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP)	27
SECCIÓN 2	
Estándares de Atención al Paciente (EAP)	33
SECCIÓN 3	
Estándares de Apoyo a la Atención (EAA)	61

INTRODUCCIÓN

El objetivo del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)** es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

En este contexto, la **Certificación de Unidades de establecimientos de Atención Médica** es el proceso mediante el cual el **Consejo de Salubridad General** reconoce a los Establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

Las ventajas competitivas que adquiere un establecimiento al certificarse, son las siguientes:

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.
- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Prueba que su establecimiento es competitivo internacionalmente.

En el caso de las unidades de hemodiálisis privadas, pueden:

- Participar en los procesos de licitación de servicios de atención médica que sean convocados por cualquier Dependencia o Entidad de la Administración Pública, de los tres órdenes de gobierno.

El Consejo de Salubridad General

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentra fundamentado en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado y el artículo 4º de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El ámbito de acción del Consejo abarca todas las organizaciones públicas y privadas, que constituyen al Sistema Nacional de Salud, y a todas aquellas que están relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales.

El Consejo de Salubridad General tiene como mandato la emisión de disposiciones en materia de salubridad general de la República, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en su Reglamento Interior, aprobadas por el Presidente de la República, se encuentra el promover y desarrollar las acciones necesarias para certificar la calidad de los establecimientos de atención médica.

Certificación de Unidades de Establecimientos de Atención Médica

En noviembre de 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), fue convocada una reunión de trabajo con la participación de Instituciones de Salud de Canadá, Estados Unidos de América y México, para determinar los criterios que deberían regir en los servicios de salud; el tema analizado con mayor interés fue el tránsito de médicos y de pacientes entre los tres países, para otorgar y recibir atención.

El primer elemento quedó claramente determinado al establecerse que para otorgar atención médica en cualquiera de los tres países, era necesario certificar las competencias de los médicos, a través de los Consejos o “Boards” de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.

En cuanto al tránsito de pacientes, resultaba de suma importancia que las organizaciones de atención médica estuvieran certificadas por organismos reconocidos por los tres países, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que se estuvieran ofertando.

México carecía de una instancia certificadora de los estándares requeridos para ofrecer atención médica con buena calidad. Tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, habían desarrollado y aplicado procedimientos de evaluación en forma independiente, en congruencia con los programas de trabajo propios de cada Institución; sin embargo, aún no se contaba con alguna instancia reconocida ni con estándares o criterios de evaluación que permitieran comparar el desempeño y resultados de las instituciones ni entre los sectores público y privado. Como antecedentes inmediatos se tenía que:

En 1983 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado inicialmente por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud, con el propósito fundamental de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud, concluyendo con la publicación del trabajo: “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, publicado en la Revista Salud Pública de México en 1990, dichas Bases fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del IMSS entre 1983 y 1985.

En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), el cual emitió el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” y un documento para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, solamente el primero fue autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaría de Salud.

Ante la necesidad de contar con una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá; por lo anterior, se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Cabe señalar que la Comisión Nacional de Certificación Hospitales, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.

A principios de 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud.

Como resultado de lo anterior, se publicaron los siguientes documentos en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las persona físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Los documentos publicados establecieron las bases conceptuales y los procedimientos para la Certificación de Establecimientos, así como los criterios para la contratación de las empresas evaluadoras; con ello, se respondió a la necesidad de Certificar Establecimientos y de contar con un Organismo Certificador.

Se estableció que la certificación sería voluntaria y con un costo determinado, el cual debía ser cubierto en un 50% por cada hospital y el 50% restante por el Consejo de Salubridad General. La aceptación de la certificación fue muy importante, se presentaron 446 solicitudes, logrando certificarse el 77%, esto es 343 hospitales.

En el año 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, lo cual se asentó en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le antecedieron:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Unidades de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

Posteriormente, derivado de un análisis que realizó la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud al desempeño del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, se acordó fortalecer la Certificación, mejorar su eficiencia y efectividad. Aunado a lo anterior, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 publicado en octubre de 2007, se propuso reestructurar, fortalecer y actualizar el proceso de certificación de calidad de establecimientos de servicios de salud para convertirlo en el estándar nacional de calidad en salud y ser competitivo internacionalmente.

Bajo el contexto antes descrito, el Consejo de Salubridad General publicó, el 13 de Junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del **Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM)**; de esta manera se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer la Certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica y así coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

Los subsistemas que conforman el SiNaCEAM son:

- Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Investigación y Desarrollo de Indicadores, Métodos y Estándares de Evaluación de la Calidad.
- Fortalecimiento permanente de los Auditores.
- Articulación del SiNaCEAM con otras Instituciones y Organizaciones.
- Información, Transparencia, Difusión y Promoción.

Entre otras funciones, se le asignó al SiNaCEAM, la de investigar las mejores prácticas y la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener vigente el Modelo de Certificación.

En este tenor, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica encomendó a la Dirección General Adjunta de Articulación que elaborara una propuesta de actualización de los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, ya que los que estaban vigentes hasta 2011 no tenían el enfoque de seguridad del paciente ni de las instalaciones, por lo anterior, se realizó una investigación basada en:

- El análisis de los incumplimientos de dichos establecimientos en los últimos dos años
- Las mejores prácticas de atención médica
- La actualización de la normatividad vigente

- La opinión y consenso de expertos en el tema, representativos de las instituciones que brindan atención médica.

Como resultado de la investigación se publicaron los **Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis** vigentes a partir del **1 de julio de 2012**.

EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE HEMODIÁLISIS

El proceso para certificar Unidades de Hemodiálisis está compuesto de 3 fases, a través de las cuales el Consejo de Salubridad General evalúa la implementación del Modelo para la Atención en salud con calidad y Seguridad. Dichas fases son:

- **Inscripción y Autoevaluación.**
- **Auditoría.**
- **Dictamen.**

PRIMERA FASE: INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN

Para que una Unidad de Hemodiálisis se inscriba al SiNaCEAM, debe:

- Tener, por lo menos, **CUATRO MESES** de funcionamiento.*
- Contar con Aviso de Funcionamiento y de Responsable Sanitario correspondientes.
- No tener procedimientos administrativos abiertos con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o con las áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- No contar con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa.

** Modificación realizada en la Primera Sesión Extraordinaria 2015 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, celebrada el día 05 de febrero de 2015, en la cual se acordó que para las Unidades de Hemodiálisis puedan inscribirse al proceso de Certificación, deberán de tener al menos **CUATRO MESES** de funcionamiento. Lo anterior con el fin de promover la sana competencia entre las unidades de Hemodiálisis que ofrecen la subrogación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales.*

Por lo anterior, es importante destacar lo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011 en el **“ACUERDO por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales”**; en especial el numeral SEXTO que a la letra dice:

SEXTO. *Cuando como resultado de la investigación de mercado, realizada en términos de lo señalado en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento, la Dependencia o Entidad contratante determine que no existen proveedores de servicios médicos hospitalarios o de hemodiálisis privados en una localidad, o bien, existiendo no son suficientes para cubrir las necesidades del servicio, podrán contratar, bajo su responsabilidad, a un establecimiento “No Certificado”, debiendo comunicarlo a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para que ésta, en ejercicio*

de sus facultades, verifique el cumplimiento, por parte del establecimiento de que se trate, de las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud y su Reglamento, así como las Normas Oficiales Mexicanas aplicables. Lo anterior deberá formar parte del expediente de contratación respectivo.

Ahora bien, la Autoevaluación contempla aquellos elementos que debe cumplir un Unidades de Hemodiálisis en función de lo dispuesto en la Ley General de Salud, sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas; en este contexto, los estándares para la Autoevaluación especifican los requisitos de personal, estructura, equipamiento y sistemas de información que son obligatorios para las Unidades de Hemodiálisis que incursionen en el proceso de certificación. Los estándares considerados en la Autoevaluación incluyen los mínimos indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión.

Los estándares de la Autoevaluación se ponderan en tres niveles: Indispensables, Necesarios y Convenientes. Para que los accedan a la fase de Auditoría, deben haber cumplido el 100% de los estándares ponderados como “Indispensables”, el 80% o más de los “Necesarios” y el 50% o más de los “Convenientes”.

El formato de “Solicitud de inscripción” y la “Autoevaluación” pueden obtenerse de la página de internet del Consejo de Salubridad General, en la Sección de Certificación: www.csg.gob.mx

Una vez que el Consejo de Salubridad General comunica al Director de la Unidad de Hemodiálisis que ha aprobado esta primera fase, se considera que el Unidades de Hemodiálisis se encuentra en proceso de certificación, en cuyo caso se puede expedir en el momento en que así sea solicitada una constancia. En caso de cancelar o diferir la auditoría que programe el Consejo de Salubridad General, se le eliminará del listado de establecimientos en proceso de certificación que se publica en la página web de este organismo; asimismo, en los casos que apliquen se cancelará la constancia otorgada, no siendo posible reinscribirse en los siguientes seis meses; si la solicitud de cancelación o diferimiento ocurre dentro de las tres semanas previas a la auditoría, se considerará como agravante y no podrá reinscribirse al proceso hasta después de haber transcurrido un año a partir de la fecha de cancelación o diferimiento.

SEGUNDA FASE: **AUDITORÍA**

Es la segunda fase del proceso de certificación y se lleva a cabo por medio de la evaluación de las Metas Internacionales de Seguridad de los Pacientes, Estándares de Atención al Paciente (EAP), Estándares de Apoyo a la Atención (EAA) y estándares ponderados como indispensables calificados como cumplidos en la Autoevaluación. La Auditoría se desarrolla con la evaluación del grado de implementación del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad a través de los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis.

Para que la Auditoría cumpla con el principio de transparencia que exige el SiNaCEAM, es necesario que:

- Durante la auditoría, los auditores sean acompañados por una persona que labore en Unidades de Hemodiálisis (**Observador de la Organización**), quien tomará nota del desarrollo del proceso de evaluación. De esta función quedan excluidos asesores, consultores o cualquier persona que no labore en las Unidades de Hemodiálisis.
- Durante el desarrollo de la evaluación el auditor explicará las observaciones de auditoría que realice, de tal modo que el personal evaluado identificará claramente sus áreas de oportunidad.
- Todos los días que dure la Auditoría, exceptuando el primero de ellos, el equipo auditor llevará a cabo una breve **Sesión de Realimentación** donde se señalarán las observaciones de auditoría y hallazgos que comprometen la seguridad del paciente. Si la organización implementa medidas correctivas inmediatas durante el transcurso de la auditoría, no cambiarán las observaciones ni las calificaciones asentadas en los elementos medibles.
- Al finalizar la auditoría se entregará un **Reporte Preliminar** que contendrá las observaciones más relevantes encontradas durante la auditoría.

TERCERA FASE: DICTAMEN

El Dictamen es la fase del proceso de certificación en donde, de forma colegiada y después de haber revisado puntualmente cada uno de los Informes de Auditoría, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (en adelante la Comisión) dictamina si una Unidad de Hemodiálisis es “Certificado” o es “No Certificado” bajo las siguientes **REGLAS DE DECISIÓN**:

Se dictamina como “**CERTIFICADO**” una Unidad de Hemodiálisis cuando:

1. Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación:
 - 1.1 Avisos de Funcionamiento y de Responsable Sanitario correspondientes.
 - 1.2 No tiene Procedimientos Administrativos Abiertos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
 - 1.3 Cumple todos los estándares ponderados como “indispensables” para la prestación de servicios de atención médica.
 - 1.4 No cuente con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa.
2. Obtiene, como resultado de la Auditoría, una calificación promedio igual o mayor a:
 - 2.1 Cinco para cada estándar.
 - 2.2 Seis para cada sección.
 - 2.3 Seis en toda la Cédula (en adelante calificación general aprobatoria).
3. Las Unidades de Hemodiálisis que obtengan una **calificación general aprobatoria pero incumplan estándares ponderados como “indispensables” y/o con observaciones de auditoría relevantes**

(situaciones que ponen en riesgo la vida y seguridad de los pacientes, familiares y/o trabajadores de Unidades de Hemodiálisis o que representan alguna transgresión a la normatividad vigente), se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.

4. Las Unidades de Hemodiálisis que obtengan una **calificación general aprobatoria menor a "9" pero incumplan la regla 2.1 y/o 2.2**, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para cumplirlos.
5. Una vez que la Unidad de Hemodiálisis notifique el cumplimiento requerido, según corresponda a la regla 3 y/o 4, se programará una visita de verificación y se presentará el resultado ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el Unidades de Hemodiálisis rebasa dicho plazo sin demostrar el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como "No Certificado". **Si el Unidades de Hemodiálisis cumple con lo requerido por la Comisión, se recalculará la calificación general aprobatoria.**
6. Las Unidades de Hemodiálisis que obtengan una **calificación general aprobatoria mayor o igual a "9" e incumplan la regla descrita en el inciso 2.1**, se les otorgará el Certificado señalándoles que, después de un año, se les realizará una Auditoría de Seguimiento para constatar su cumplimiento, el resultado se presentará ante la Comisión para que dictamine el caso. Si el Unidades de Hemodiálisis no demuestra cumplir el o los estándares señalados, se suspenderá la vigencia de su Certificado.

La **vigencia del Certificado** que, en su caso, dictamine la Comisión seguirá las siguientes reglas:

1. Si la Unidad de Hemodiálisis obtiene una **calificación general aprobatoria entre 6.0 y 8.9**, la vigencia del Certificado será de 2 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 8.9, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al Unidades de Hemodiálisis para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como "No Certificado".
2. Si la Unidad de Hemodiálisis obtiene una **calificación general aprobatoria igual o mayor a 9.0**, la vigencia del Certificado será de 3 años con el compromiso de que al término de dicha vigencia deberá recertificarse con una calificación general aprobatoria superior a 9.0, de lo contrario, la Comisión le otorgará un plazo perentorio de 6 meses al Unidades de Hemodiálisis para que demuestre el cumplimiento de la calificación requerida. Si concluido el plazo no se demuestra el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como "No Certificado".
3. La Unidad de Hemodiálisis que obtenga un dictamen de "**NO CERTIFICADO**" por parte de la Comisión podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen consecutivo de "No Certificado" se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar la Unidad de Hemodiálisis para inscribirse al proceso de certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.

4. Para mantener la vigencia del Certificado durante el plazo dictaminado por la Comisión, la Unidad de Hemodiálisis, según aplique, deberá:
- 10.1** Mantener el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación, el cual deberá demostrarlo en las Auditorías que aleatoriamente programe el Consejo de Salubridad General.
 - 10.2** Concluir Procedimientos Administrativos con las instancias de regulación sanitaria estatales o federales, dentro del plazo que señale la Comisión.
 - 10.3** Implementar procesos de mejora cuando las instancias de arbitraje médico, estatales o federales, dictaminen quejas “Con evidencia de mala práctica” y/o “Con responsabilidad institucional”.

POLÍTICAS

Con la finalidad de mejorar y transparentar los lineamientos operativos del Proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, así como de informar en forma más eficaz y dar certidumbre en los diferentes procesos que pueden seguir los Establecimientos de Atención Médica ante el Consejo de Salubridad General, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica aprobó, en su 3ra. Sesión Ordinaria 2012, celebrada el 25 de septiembre de 2012, las siguientes **políticas que deberán observarse y cumplirse a cabalidad en los procesos de certificación de las Unidades de Hemodiálisis que se inscriban a partir del día 26 de septiembre de 2012:**

POLÍTICA: Actualización de datos

Las Unidades de Hemodiálisis de atención médica deberán de informar por escrito al Consejo de Salubridad General sobre los cambios organizacionales que realicen, particularmente:

- Cambio de Director del Unidades de Hemodiálisis.
- Cambio de Responsable Sanitario.

POLÍTICA: Notificación de cambios en el Unidades de Hemodiálisis de atención médica

Cuando las Unidades de Hemodiálisis Certificados realicen cambios de:

- Domicilio
- Razón social
- Modificaciones y/o ampliaciones en las instalaciones que impliquen aumento de camas hospitalarias y/o prestación de nuevos servicios de atención médica, respecto de los especificados en el formato de inscripción.

Deberán dar aviso al Consejo de Salubridad General, mediante escrito libre informando del respectivo cambio, el cual debe ser firmado por el Director del Unidades de Hemodiálisis o su representante legal, debiendo acompañar en éste último caso, copia del poder notarial que acredite su personalidad, además de adjuntar la documentación pertinente que compruebe dichos cambios.

En un lapso no mayor a un año, contado a partir de la fecha de recepción de la documentación, se realizará una visita de seguimiento al Unidades de Hemodiálisis para comprobar que se mantenga o mejore el nivel

de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación; los resultados de la visita de seguimiento se presentarán a dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

POLÍTICA: Denuncia

Si el personal del Unidades de Hemodiálisis de Atención Médica considera que durante el desarrollo de la fase de auditoría, el equipo auditor o uno de sus integrantes comete alguna falta grave o contraria a derecho, es importante que de aviso de forma inmediata, mediante el llenado del “ANEXO 2 DENUNCIA” del Manual del Proceso para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, a la Dirección General Adjunta de Articulación al Tel: 01 (55) 5263-9257 o al correo electrónico sara.fonseca@csg.gob.mx, quien deberá confirmar la recepción del mismo vía telefónica, para que, en su caso, se interrumpa la evaluación correspondiente y se inicie, nuevamente y de forma inmediata, una segunda evaluación con un equipo diferente de auditores, preferentemente conformado por personal de la Dirección General Adjunta de Articulación del Consejo de Salubridad General.

Con lo anterior, se salvaguarda el proceso y el resultado de la auditoría para que la Unidad de Hemodiálisis sea dictaminado con objetividad por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Ahora bien, con el llenado y presentación del “ANEXO 2 DENUNCIA”, el personal del Unidades de Hemodiálisis de atención médica formaliza su inconformidad ante el Consejo de Salubridad General; para que dicha denuncia tenga validez, es indispensable que este anexo debidamente cumplimentado sea entregado dentro de los 5 días laborales posteriores a la ocurrencia del hecho denunciado.

Es importante hacer mención que, en caso de llenar el “ANEXO 2 DENUNCIA”, el Consejo de Salubridad General realizará la correspondiente investigación de lo que ahí se asiente. En caso de encontrar elementos constitutivos de algún delito, se dará parte a las autoridades competentes. Por lo que se le aperece a los Establecimientos de Atención Médica a conducirse con verdad, toda vez que lo que se registre en dicho ANEXO 2, se hace “bajo protesta de decir verdad”, y en caso de declarar falsamente, se estará incurriendo en responsabilidades penales y se informará a la autoridad ministerial para que proceda según lo establecido en los artículos 247 y 248 Bis del Código Penal Federal.

Cabe resaltar que, de ninguna manera, la presentación de la denuncia predispondrá al Consejo de Salubridad General sobre el Proceso de Certificación del respectivo Unidades de Hemodiálisis de Atención Médica; asimismo, respetará la confidencialidad de la información asentada en el formato de denuncia y será respetuoso de las demás acciones que el Unidades de Hemodiálisis considere pertinentes.

POLÍTICA: Derecho de Réplica

En caso de que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, haya emitido el dictamen de no certificar a la Unidad de Hemodiálisis, éste podrá ejercer el derecho de réplica, conforme lo dispone el artículo 15 del Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y será de la forma siguiente:

1. Elaboración del escrito de réplica, el cual deberá contener:
 - Lugar y fecha de emisión.
 - Nombre, denominación o razón social de quien o quienes promuevan la solicitud, o en su caso de su representante legal o apoderado, en este último caso, acompañar el poder notarial que acredite dicha personalidad.
 - Domicilio para recibir notificaciones y nombre de la persona o personas autorizadas para recibirlas.
 - Exposición clara y debidamente argumentada de los hechos y razones que motivan y justifican la solicitud. Se podrán anexar documentos y fotografías o cualquier otra prueba que se estime pertinente, fijando los puntos sobre los que versen y que apoyen sus argumentos.
2. La réplica deberá presentarse ante el Consejo de Salubridad General dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación del dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
3. El Consejo de Salubridad General acordará dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de presentación, respecto de la admisibilidad de la réplica, y en su caso de las pruebas ofrecidas. Sólo podrán desecharse las pruebas propuestas por los interesados cuando no tengan relación con el fondo del asunto, sean innecesarias o contrarias a la moral y al derecho. Tal resolución se notificará al interesado debidamente fundada y motivada.
4. El desahogo de las pruebas admitidas se realizará dentro de un plazo no mayor a quince días hábiles, contado a partir de su admisión. Si las pruebas ameritan su desahogo en el Unidades de Hemodiálisis de atención médica, ésta se realizará un plazo no mayor a quince días hábiles.
5. La práctica de las actuaciones necesarias para el desahogo de las pruebas que hayan sido admitidas, lo notificará formalmente el Consejo de Salubridad General a los interesados, con una anticipación de tres días hábiles.
6. Para tener información más detallada sobre el Unidades de Hemodiálisis de atención médica en el que se esté llevando a cabo una revisión de dictamen, el Consejo de Salubridad General podrá solicitar un informe u opinión a los miembros del equipo auditor involucrados el respectivo "Informe de Auditoría".
7. Una vez desahogadas las pruebas admitidas, se pondrán las actuaciones a disposición de los interesados, para que en su caso, formulen alegatos por escrito, en un plazo no mayor a diez días hábiles, los que serán tomados en cuenta por el Secretario del Consejo de Salubridad General al dictar la resolución.
8. A partir de lo anterior, el Consejo de Salubridad General resolverá lo que corresponda, en un plazo no mayor a tres meses.

El trámite y resolución de toda réplica se hará de conocimiento en Sesión Ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

POLÍTICA: Inhabilitación de Establecimiento de Atención Médica por autoridad administrativa

Cuando las Unidades de Hemodiálisis deseen inscribirse al Proceso de Certificación por primera vez, o busquen la recertificación ante el Consejo de Salubridad General, es indispensable que no cuenten con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa. De ser el caso, se le negará al Unidades de Hemodiálisis de atención médica la inscripción al proceso de certificación, hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho Unidades de Hemodiálisis ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

En caso de que la autoridad administrativa sancione con inhabilitación a algún Unidades de Hemodiálisis de atención médica con Certificado vigente, relacionada con la prestación de servicios de atención médica, el Consejo de Salubridad General procederá a realizar una Auditoría Intencionada y los resultados los someterá a dictamen de la Comisión para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis de Atención Médica.

Dependiendo del resultado obtenido en la visita de la Auditoría Intencionada:

- a) Se confirmará la vigencia del Certificado.
- b) Se revocará el Certificado otorgado a la Unidad de Hemodiálisis.

En el caso de que se le revoque el Certificado a la Unidad de Hemodiálisis, este no podrá volver a inscribirse al Sistema Nacional de Certificación hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho Unidades de Hemodiálisis ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

IMPORTANTE

Cualquier escrito por parte del personal del establecimiento de atención médica manifestado en estas políticas, deberá ser presentado en la oficialía de partes del Consejo de Salubridad General, dirigido a:

DR. JESÚS ANCER RODRÍGUEZ
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Lieja No. 7, Piso 2, Colonia Juárez, C.P. 06600
Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

ENFOQUE DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

El **Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente** del Consejo de Salubridad General se enfoca en la **atención centrada en el paciente**, en su familia, en la comunidad y el contexto sociocultural al que pertenece; se enfoca en una atención **multidisciplinaria, integrada** que dé prioridad a la **prevención** y a la **continuidad de la atención**.

Los pilares fundamentales del Modelo se basan en la **identificación y la priorización de los riesgos y problemas**, con el objetivo de **anticiparse a las necesidades** de los pacientes, sus familias, del personal y de la propia organización.

Cada uno de los Estándares que conforman el Modelo de Calidad y Seguridad del Consejo de Salubridad General está basado en las mejores prácticas internacionales, en la normatividad vigente y en la experiencia nacional dando como resultado **barreras de seguridad** para reducir la probabilidad de que se presenten eventos adversos y eventos centinela, siendo estos últimos los más trascendentes para la organización ya que implican la pérdida permanente de un órgano, una función o inclusive la muerte del paciente.

Durante el proceso de certificación, el Consejo de Salubridad General evalúa que las Unidades de Hemodiálisis:

1. Asuman la responsabilidad de la **Seguridad del Paciente** como parte de su misión organizacional.
2. Brinden atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente garantizando la continuidad de la atención.
3. Respeten en todo momento los derechos de los pacientes y propicien su participación en los procesos de atención.
4. Cuenten con personal en cantidad y competencias idóneas para las actividades, funciones y responsabilidades que tienen a su cargo.
5. Tengan implementados procesos de atención médica estandarizados, uniformes y con criterios de seguridad para los pacientes que atienden.
6. Brinden educación al paciente y a su familia acorde a su contexto sociocultural.
7. Dispongan de espacios, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones, que garanticen un ambiente seguro para el desarrollo de los procesos de atención.

8. Gestionen la mejora continua de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en la evidencia científica, uso de indicadores y aprendizaje de los eventos centinela, adversos y cuasifallas.
9. Mantengan o desarrollen condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
10. Desarrollen una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de ***“Primero no dañar”*** sea una prioridad permanente de toda organización.

El director de un Unidades de Hemodiálisis que desee incursionar en el proceso de certificación debe asegurarse, desde el momento en que inscribe a su Unidad de Hemodiálisis ante el Consejo de Salubridad General, que cumple la totalidad de los “Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis” ya que reconoce que el incumplimiento de alguno de ellos implica, en mayor o menor medida, un riesgo para el paciente y/o para su personal.

DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS VERSIÓN 2012 A LA EDICIÓN 2014

Los cambios realizados de la versión 2012 a la 2014 son relacionados a la redacción, por lo cual NO CAMBIA la vigencia, ya que el propósito de cada uno de los estándares es el mismo.

Los cambios se especifican a continuación:

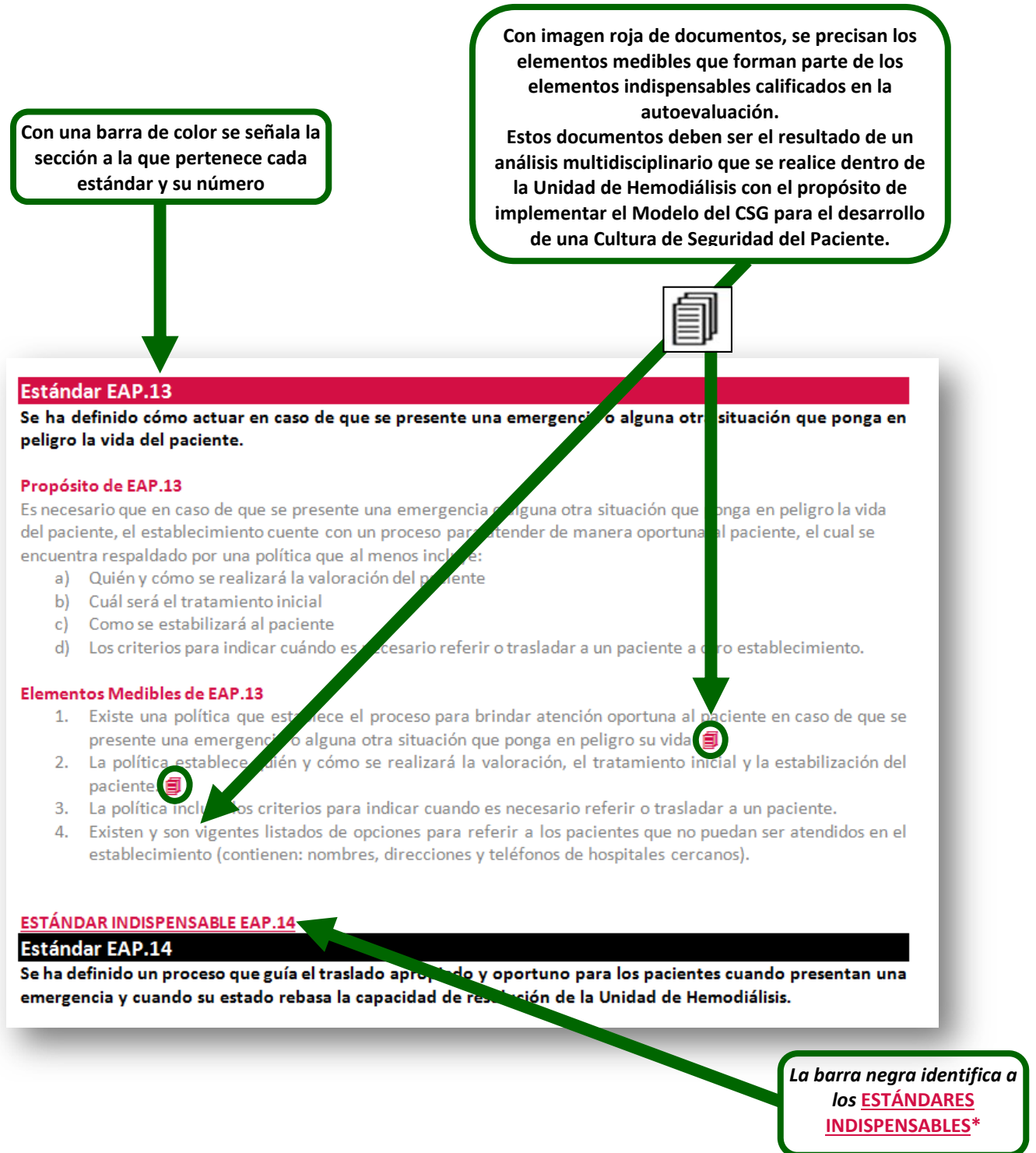
1. Se mejoró la sintaxis para facilitar el entendimiento y la comprensión de los estándares, propósitos y elementos medibles.
2. Se reagruparon los estándares y la numeración entre las secciones 2 y 3 es consecutiva.
3. Se redujeron los elementos medibles en los cuales se solicita documentación.
4. Se señaló explícitamente la normatividad vigente en los propósitos de los estándares.

DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS VERSIÓN 2014 A LA EDICIÓN 2015

Se disminuye el tiempo mínimo de funcionamiento para que una Unidad de Hemodiálisis pueda inscribirse al proceso de Certificación, de un año a cuatro meses (ver la descripción del “Proceso de Certificación de Unidades de Hemodiálisis” en la Fase de Inscripción y Autoevaluación).

EDICIÓN 2015

La versión 2015 de los estándares para la certificación de hospitales, presenta un diseño de fácil consulta basado en colores, marcos y tipos de letra.



* **ESTÁNDARES INDISPENSABLES** Ver Regla de Decisión no. 3 para la Dictaminar la Certificación.

AGRUPACIÓN DE LOS ESTÁNDARES

Para un mejor entendimiento de los Estándares, a continuación se muestra como se agrupan los estándares relacionados con los sistemas críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente acorde al Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en salud con Calidad y Seguridad:

Sistema de Medicación

Sección 2: Estándares de Atención al Paciente

Del Estándar EAP.17 al Estándar EAP.17.8

Sistema de Competencias y Educación del Personal

Sección 3: Estándares de Apoyo a la Atención

Del Estándar EAA.27 al Estándar EAA.39

Sistema de Prevención y Control de Infecciones

Sección 3: Estándares de Apoyo a la Atención

Del Estándar EAA.40 al Estándar EAA.41

Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones

Sección 3: Estándares de Apoyo a la Atención

Del Estándar EAA.42 al Estándar EAA.52

Plan de Calidad y Seguridad del Paciente

Sección 3: Estándares de Apoyo a la Atención

Del Estándar EAA.53 al Estándar EAA.60

Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

MISP

SECCIÓN 1

ESTÁNDAR INDISPENSABLE MISP.1**MISP.1 Identificar correctamente a los pacientes****Objetivo de la MISP.1**

Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Propósito de la MISP.1

Errores que involucran al paciente equivocado ocurren en prácticamente todas las actividades relacionadas con la atención del paciente. Los pacientes pueden estar desorientados o no del todo alertas, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar en condiciones que pueden inducir a errores en cuanto a la identificación correcta.

El propósito de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona.

Las políticas y/o procedimientos para identificar a los pacientes se diseñan de manera multidisciplinaria dando prioridad a los procesos utilizados para identificar a un paciente antes de:

- a) el inicio de la sesión de hemodiálisis
- b) la administración de medicamentos, sangre o hemoderivados
- c) la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
- d) la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento

Las políticas y/o procedimientos exigen al menos el uso de dos datos (identificadores) para identificar un paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, su número de identificación, la fecha de nacimiento, entre otros. El número de máquina de hemodiálisis, reposet o su ubicación no son datos que se puedan usar como identificación. Los datos (identificadores) se pueden encontrar por ejemplo, en gafetes, brazaletes de identificación, mambres, entre otros.

Se emplea un proceso de colaboración para elaborar las políticas y/o procedimientos que aseguren que se preste atención a todas las posibles variantes en la de identificación precisa de los pacientes.

Elementos Medibles de la MISP.1

1. Se ha definido un proceso para asegurar la precisión de la identificación del paciente utilizando al menos dos datos de identificación. 📄
2. Los pacientes son identificados antes de iniciar cada procedimiento de hemodiálisis.
3. Los pacientes son identificados antes de administrarles medicamentos, sangre o hemoderivados.
4. Los pacientes son identificados antes de extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos.
5. Los pacientes son identificados antes de proporcionarles tratamientos y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE MISP.2**MISP.2 Mejorar la comunicación efectiva****Objetivo de la MISP.2**

Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

Propósito de la MISP.2

Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas oralmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete.

La Unidad de Hemodiálisis elabora, en colaboración, una política y/o procedimiento para órdenes/indicaciones verbales y telefónicas que incluye: escuchar completamente la orden, la anotación (o ingreso en una computadora)

de la orden o el resultado de laboratorio o gabinete, por parte de quien recibe la información; la lectura, por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis, y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto, por parte de quien emite la orden o comunicación del resultado; (**Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar**).

La política establece un lugar estandarizado para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete dadas de manera verbal o telefónica; con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información. La ubicación de las órdenes/indicaciones en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo.

La Unidad identifica y define alternativas aceptables para cuando el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar** no sea posible, por ejemplo en una emergencia.

Elementos Medibles de la MISP.2

1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por órdenes/indicaciones y resultados de laboratorio dados de manera verbal y telefónica, basado en lo siguiente:
 - a) El uso del proceso de **Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar**.
 - b) La definición de un lugar estandarizado para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica
2. Se realiza el proceso de **Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar** cuando se dan órdenes/indicaciones y resultados de laboratorio dados de manera verbal y telefónica.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE MISP.3

MISP.3 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Objetivo de la MISP.3

Prevenir errores de medicación con medicamentos de alto riesgo

Propósito de la MISP.3

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la administración errónea de **electrólitos concentrados** (por ejemplo, cloruro de potasio [2mEq/ml o más concentrado], fosfato de potasio, cloruro de sodio [más que 0,9% concentrado], y sulfato de magnesio [50% o más concentrado]; entre otros). Este error puede ocurrir por falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al o por una situación de urgencia mal manejada.

Las Unidades de Hemodiálisis, en colaboración, desarrollan una política que evita la colocación de electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de administración. La política y/o el procedimiento identifican las áreas donde los electrolitos concentrados son necesarios desde el punto de vista clínico e identifican el modo en que son etiquetados de manera individual en forma clara y cómo se resguardan en dichas áreas, de modo tal que esté restringido el acceso a ellos a fin de prevenir la administración errónea.

En las áreas donde se administren electrolitos concentrados se cuenta con acciones específicas o estrategias para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos. Una de las buenas prácticas basadas en la evidencia más utilizadas es la **doble verificación o doble "chequeo"** de los procesos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo, por personal calificado. Según estudios del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices) la implementación de esta práctica logra detectar aproximadamente el 95% de los errores.

Además de los electrolitos concentrados, la organización utiliza la **doble verificación** para al menos los siguientes medicamentos de alto riesgo:

- **Anticoagulantes**
- **Insulinas**

Elementos Medibles de la MISP.3

1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente:
 - Ubicación, etiquetado y resguardo de electrolitos concentrados.
 - Implementación de la doble verificación cuando se preparan y se administran electrolitos concentrados, insulinas y anticoagulantes.
2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
3. **Se utiliza la doble verificación en los procesos de preparación y administración de electrolitos concentrados.**
4. **Se utiliza la doble verificación en al menos los siguientes medicamentos de alto riesgo:**
 - **Anticoagulantes**
 - **Insulinas**

ESTÁNDAR INDISPENSABLE MISP.4**MISP.4 Garantizar la seguridad del paciente durante procedimientos y tratamientos.****Objetivo de la MISP. 4**

Prevenir errores que involucren al paciente o procedimiento incorrecto.

Propósito de la MISP.4

Los procedimientos incorrectos y/o al paciente equivocado son problemas comunes en las Unidades de Hemodiálisis de atención médica. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo multidisciplinario de atención,
- La falta de participación del paciente en el marcado del sitio, y
- La ausencia de procedimientos de verificación previos al procedimiento.

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo multidisciplinario de atención médica, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que, de manera frecuente, contribuyen al error. Es preciso que las Unidades de Hemodiálisis, en colaboración, desarrollen una política que sea efectiva para la eliminación de este problema.

En las Unidades de Hemodiálisis se deben llevar a cabo los siguientes procesos para garantizar la seguridad de los pacientes durante los procedimientos y/o tratamientos:

- **Verificación pre-procedimiento/tratamiento.**
- **Tiempo Fuera o Time Out**

Debe de llevarse a cabo un proceso de **verificación pre-procedimiento** con el propósito de verificar al menos lo siguiente:

- El procedimiento y el paciente correctos.
- La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.
- La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
- Las alergias del paciente.
- El riesgo de hemorragia.
- El filtro correcto
- La identificación del acceso vascular

Se recomienda completar la lista para adaptarla a la práctica de la Unidad de Hemodiálisis.

El tiempo fuera o “Time Out” es la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, permite resolver cualquier duda o confusión. **En las Unidades de Hemodiálisis lo esencial y**

mínimo a confirmar es el procedimiento, el paciente, prescripción dialítica y filtro correcto además de la valoración del acceso vascular. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realizará el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo involucrado en el procedimiento.

La Unidad de Hemodiálisis determina el modo en que el proceso será documentado.

Los procesos anteriores deben llevarse a cabo con el propósito de realizar el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto, la prescripción dialítica correcta y el filtro correcto y **cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente**; y deben realizarse en una Unidad de Hemodiálisis **SIEMPRE** en los siguientes procedimientos:

- Sesión de Hemodiálisis
- Administración de Hemoterapia
- Cualquier otro procedimiento invasivo o de alto riesgo, por ejemplo la colocación de una vía vascular.

Elementos Medibles de la MISP.4

1. Se ha definido un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente; en el cual se realice, al menos, una verificación pre-procedimiento/tratamiento y un tiempo fuera o time out, SIEMPRE en los siguientes procedimientos:
 - Sesión de hemodiálisis
 - Administración de Hemoterapia
 - Cualquier otro procedimiento invasivo o de alto riesgo, por ejemplo la colocación de una vía vascular.
2. Se emplea una lista de verificación pre-procedimiento que incluye, al menos, los siguientes elementos:
 - El procedimiento y el paciente correctos.
 - La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.
 - La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
 - Las alergias del paciente.
 - El riesgo de hemorragia.
 - El filtro correcto
 - La identificación del acceso vascular
3. Se realiza y se documenta el tiempo fuera o “Time Out” en el lugar donde se realizará el procedimiento, con la presencia de todo el equipo multidisciplinario y justo antes de iniciar el procedimiento.
4. En el tiempo fuera, al menos, se confirma es el procedimiento, el paciente, prescripción dialítica y filtro correcto además de la valoración del acceso vascular.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE MISP.5

MISP.5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.

Objetivo de la MISP.5

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un Programa efectivo de higiene de manos.


Propósito de MISP.5

La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención médica. Los índices en aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

Lo fundamental para erradicar estas y otras infecciones asociadas con la atención médica es la higiene adecuada de las manos. Se pueden obtener guías internacionalmente aceptadas para la higiene de las manos, como las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y en otras organizaciones nacionales e internacionales.

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso de colaboración para elaborar políticas y/o procedimientos que adapten o adopten los lineamientos actualmente publicados y generalmente aceptados para la higiene de las manos y para su implementación dentro de la Unidad de Hemodiálisis.

Elementos Medibles de la MISP.5

1. Se he definido un programa efectivo para la higiene de las manos y se encuentra implementado. 
2. La práctica es consistente con las políticas y procedimientos en toda la Unidad de Hemodiálisis.
3. Se adoptaron guías para la higiene de las manos actualizadas y generalmente aceptadas.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE MISP.6

MISP.6 Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.


Objetivo de la MISP. 6

Evaluar y reducir el riesgo de caídas en todos los pacientes.

Propósito de la MISP.6

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes. En el contexto de la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, el Unidades de Hemodiálisis debe identificar el riesgo de caídas y reducir la probabilidad de la ocurrencia de una caída. La evaluación del riesgo de caídas se realiza a la llegada del paciente a la unidad; al inicio y al término de la sesión de hemodiálisis; asimismo, se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente. La Unidad de Hemodiálisis implementa un programa de reducción del riesgo de caídas, basándose en políticas y/o procedimientos adecuados.

Elementos Medibles de la MISP.6

1. Se he definido un proceso para la evaluar y reducir el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de la MISP.6. 
2. Se evalúa el riesgo de caídas a la llegada del paciente a la Unidad.
3. Se evalúa el riesgo de caídas al inicio y al término de la sesión de hemodiálisis.
4. Se reevalúa a todos los pacientes a intervalos que ayuden a identificar oportunamente cualquier cambio en el estado del paciente.
5. Si corresponde, se reevalúa el riesgo de caídas de cada paciente al menos, en cada cambio de turno, cambio de área o servicio.
6. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.

Estándares de Atención al Paciente

EAP

SECCIÓN 2

Estándar EAP.1

Las políticas, procedimientos guían la atención uniforme de todos los pacientes.

Propósito de EAP.1

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en toda la Unidad de Hemodiálisis. A fin de llevar a cabo el principio de “un único nivel de calidad de atención”, es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente. En particular, los servicios prestados a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios se guían por políticas y procedimientos que resultan en una atención uniforme. Además, los líderes aseguran que se otorgue el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los horarios de atención.

Las políticas y procedimientos respetan las leyes y reglamentaciones correspondientes.

La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

- a) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago, (por ejemplo a través de una aseguradora, pacientes que se atienden por convenio, o pago en efectivo).
- b) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por facultativos calificados, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
- c) El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
- d) La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad en todo momento.
- e) Los pacientes con las mismas necesidades de atención de enfermería reciben niveles comparables en toda la Unidad de Hemodiálisis.

La atención uniforme de los pacientes da como resultado el uso eficiente de los recursos, y permite la evaluación de los servicios con el mismo tipo de atención a través de toda la organización.

Elementos Medibles de EAP.1

1. Los líderes de la Unidad de Hemodiálisis colaboran para proporcionar procesos de atención uniformes.
2. Las políticas y procedimientos guían la atención uniforme y reflejan el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones relevantes.
3. Se proporciona una atención uniforme que cumple con los siguientes requisitos:
 - a) El acceso y la idoneidad de la atención y del tratamiento no dependen de la capacidad del paciente para pagar ni de la fuente de pago (por ejemplo, a través de una aseguradora, pacientes que se atienden por convenio o pago en efectivo).
 - b) El acceso a la atención y el tratamiento adecuados, prestados por facultativos calificados, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
 - c) El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
 - d) La atención a los pacientes mantiene el mismo estándar de calidad en todo momento.
 - e) Los pacientes con las mismas necesidades de atención de enfermería reciben niveles comparables en toda la Unidad de Hemodiálisis.

Estándar EAP.1.1

Las Unidades de Hemodiálisis buscan reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales y demás barreras al acceso y a la prestación de servicios.

Propósito de EAP.1.1

Las Unidades de Hemodiálisis de atención médica con frecuencia prestan servicios a una población diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o lenguas, presentar una diversidad cultural u otras barreras que dificulten el proceso de acceso y obtención de atención. La organización está familiarizada con estas barreras y ha implementado procesos para eliminarlas o reducirlas durante su admisión y en la prestación de los servicios. La organización también busca disminuir el impacto de estas barreras en la prestación de servicios.

Elementos Medibles de EAP.1.1

1. Los líderes y el personal de la Unidad de Hemodiálisis identifican y documentan las barreras más comunes en su población de pacientes. 📄
2. Existe un proceso para superar o limitar las barreras durante el proceso de admisión.
3. Existe un proceso para limitar el impacto de las barreras sobre la prestación de servicios.
4. Se implementan estos procesos.

Estándar EAP.2

La Unidad de Hemodiálisis informa a los pacientes y familiares sobre la atención que reciben, los servicios que presta y la forma de acceder a éstos.

Propósito de EAP.2

Los pacientes y familiares necesitan información completa sobre la atención que reciben y los servicios que ofrece la Unidad de Hemodiálisis, así como la forma de acceder a tales servicios. Proporcionar esta información es fundamental para generar una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, sus familiares y la organización. Esta información ayuda a que coincidan las expectativas del paciente con la capacidad de la Unidad de Hemodiálisis de satisfacer dichas expectativas. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la atención necesaria está más allá de la misión de la organización y de su capacidad.

Elementos Medibles de EAP.2

1. La Unidad de Hemodiálisis proporciona información sobre la atención y los servicios que ofrece a los pacientes y sus familiares.
2. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios de la Unidad de Hemodiálisis.
3. El Unidades de Hemodiálisis proporciona información, de manera efectiva, sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.
4. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la Unidad de Hemodiálisis no puede prestar la atención o los servicios.

Estándar EAP.3

Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos, de forma tal que los pueden entender.

Propósito de EAP.3

La Unidad de Hemodiálisis informa a los pacientes sobre sus derechos mediante un proceso sistemático adecuado a la edad, nivel de comprensión e idioma de los pacientes.

Elementos Medibles de EAP.3

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos, de acuerdo a su contexto sociocultural.
2. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Paciente y se encuentra accesible al público en general en un formato e idioma comprensibles.

Estándar EAP.4

El consentimiento informado del paciente se obtiene mediante un proceso definido en la Unidad de Hemodiálisis y lo lleva a cabo personal capacitado.

Propósito de EAP.4

Una de las principales formas en la que los pacientes se involucran en su proceso de atención es cuando otorgan su consentimiento informado. A fin de que este consentimiento sea válido, es necesario que la información acerca del

acto que autoriza sea otorgada por una persona competente, de manera suficiente, veraz y previa al acto autorizado; además, debe ratificarse la comprensión de dicha información por parte del paciente, familiar o responsable legal, según corresponda y deberá formalizarse con su firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente. Se ha establecido por la Unidad de Hemodiálisis, un proceso para que los pacientes y/o sus familiares otorguen el consentimiento informado. Este proceso se encuentra claramente definido en sus políticas y procedimientos, y cumple con la normatividad vigente.

Se informa a los pacientes y familiares sobre los análisis, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. Los pacientes y familiares entienden quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento. Se capacita al personal involucrado para informar a los pacientes, obtener y documentar su consentimiento.

Elementos Medibles de EAP.4

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso de consentimiento informado claramente definido, descrito en las políticas y procedimientos, que cumple con la normatividad vigente. 📄
2. Se capacita al personal designado a fin de implementar las políticas y los procedimientos.
3. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.4.1

Estándar EAP.4.1

Se obtiene un consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento de hemodiálisis.

Propósito de EAP.4.1

Se obtiene un consentimiento informado al iniciar el tratamiento de hemodiálisis, los pacientes obtienen información respecto al alcance de este consentimiento informado. Este proceso proporciona la información necesaria acerca de los riesgos y beneficios del tratamiento de hemodiálisis.

Se obtiene un consentimiento informado antes de realizar otros procedimientos de alto riesgo relacionados con la hemodiálisis, por ejemplo la instalación de una fístula o un catéter o la administración de hemoterapia.

Elementos Medibles de EAP.4.1

1. Se obtiene un consentimiento cuando el paciente se incluye en el Programa de Hemodiálisis de la Unidad.
2. Se obtiene un consentimiento antes de otros procedimientos.
3. La identidad de la persona que informa al paciente y a la familia se consigna en el expediente clínico del paciente.
4. Los consentimientos informados debidamente firmados se integran al expediente clínico.

Estándar EAP.4.2

Los pacientes y familiares reciben información adecuada acerca de la enfermedad, el o los tratamientos propuestos y los prestadores de atención, para que puedan tomar decisiones sobre su atención.

Propósito de EAP.4.2

El personal explica claramente todo tratamiento o procedimiento propuestos al paciente y al familiar o cuidador responsable. La información proporcionada incluye:

- a) el estado del paciente,
- b) el o los tratamientos propuestos,
- c) los beneficios e inconvenientes,
- d) las posibles alternativas,
- e) las probabilidades de éxito,
- f) los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
- g) los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.

El personal también informa al paciente el nombre del médico u otro facultativo que tenga la responsabilidad principal de su atención o que esté autorizado a llevar a cabo los procedimientos y/o tratamientos propuestos.

Elementos Medibles de EAP.4.2

1. Se informa a los pacientes y sus familiares sobre lo siguiente:
 - a. el estado del paciente,
 - b. el o los tratamientos propuestos,
 - c. los riesgos y beneficios,
 - d. las posibles alternativas,
 - e. las probabilidades de éxito,
 - f. los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
 - g. los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.
2. Los pacientes conocen la identidad del médico u otro facultativo responsables de su atención.
3. Los incisos b), c) y d) del propósito están documentados en el consentimiento informado.

Estándar EAP.4.3

La Unidad de Hemodiálisis implementa un proceso, dentro del contexto de la ley y la cultura existentes, para cuando otros puedan otorgar el consentimiento.

Propósito de EAP.4.3

En ocasiones, el consentimiento informado requiere la participación de un tercero, por ejemplo cuando el paciente no puede tomar sus propias decisiones por su condición de salud o cuando el paciente es un menor de edad. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable para la toma de decisiones, en el contexto de la normatividad vigente. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico del paciente.

Elementos Medibles de EAP.4.3

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.
2. El proceso respeta leyes, cultura y costumbres.
3. Las personas que otorgan consentimiento, además del paciente, se identifican en el expediente clínico.

Estándar EAP.4.4

La Unidad de Hemodiálisis respeta los deseos y preferencias del paciente respecto a omitir los servicios de reanimación y a renunciar o retirar los tratamientos para prolongar la vida.

Propósito de EAP.4.4



Las decisiones sobre omitir los servicios de reanimación, renunciar a un tratamiento para prolongar la vida o retirarlo, son situaciones difíciles a las que se enfrentan los pacientes, familiares, profesionales de la salud y las organizaciones. Ningún proceso específico puede prever todas las situaciones en las cuales deberán tomarse esas decisiones. Por este motivo, es importante que la Unidad de Hemodiálisis elabore un marco para la toma de estas decisiones difíciles.

El marco:

- ayuda a la Unidad de Hemodiálisis a identificar su posición sobre estos temas;
- asegura que la posición de la Unidad de Hemodiálisis se ajuste a las normas religiosas y culturales de su comunidad, y a todo requisito legal: artículo 345 de la Ley General de Salud y, según corresponda, normatividad relacionada con la voluntad anticipada en las entidades federativas.
- se ocupa de situaciones en las que estas decisiones son modificadas durante la atención;
- guía a los profesionales de la salud a través de los problemas éticos y legales para llevar a cabo tales deseos de un paciente.

A fin de garantizar que el proceso de toma de decisiones relacionado con el cumplimiento de los deseos del paciente se aplique sistemáticamente, la Unidad de Hemodiálisis elabora políticas y procedimientos mediante un proceso que incluye a un equipo multidisciplinario. Las políticas y procedimientos identifican las responsabilidades y la forma de documentar el proceso en el expediente clínico.

Elementos Medibles de EAP.4.4

1. La Unidad de Hemodiálisis ha identificado su posición ante la negativa de un paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida. 
2. La posición de la Unidad de Hemodiálisis se ajusta a las normas religiosas y culturales de su comunidad y a todo requisito legal.
3. Se implementan políticas y procedimientos, tanto para guiar el proceso de toma de decisiones de los pacientes, como para modificar las decisiones durante el transcurso de la atención. 
4. Se implementan políticas y procedimientos para guiar la respuesta de la Unidad de Hemodiálisis con respecto a las decisiones del paciente.
5. Las políticas y procedimientos se elaboraron a través de un proceso de colaboración.
6. La documentación de las decisiones se hace conforme a la política de la Unidad de Hemodiálisis.
7. La Unidad de Hemodiálisis guía a los profesionales de la salud en los problemas éticos y legales para llevar a cabo los deseos de los pacientes.

Estándar EAP.5

La Unidad de Hemodiálisis define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.

Estándar EAP.5.1

El marco de la Unidad de Hemodiálisis para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

Estándar EAP.5.2

El marco de la Unidad de Hemodiálisis para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

Propósito de EAP.5 a EAP.5.2

La Unidad de Hemodiálisis tiene una responsabilidad ética y legal con sus pacientes, su personal y su comunidad. Los líderes entienden estas responsabilidades para lo cual crean documentos de orientación para brindar un marco coherente dentro del cual se lleven a cabo estas responsabilidades.


La Unidad funciona dentro de este marco para:

- describir honestamente sus servicios a los pacientes;
- ofrecer políticas claras de admisión, transferencia y alta;
- facturar sus servicios con precisión; y
- resolver conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.

El marco también respalda al personal profesional de la Unidad de Hemodiálisis y a sus pacientes en caso de que se vean enfrentados a dilemas éticos de la atención al paciente, como por ejemplo: desacuerdos entre los pacientes y sus familias, y entre pacientes y sus prestadores de atención respecto a las decisiones de atención, y discrepancias entre profesionales. Dicho apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

EAP.5 La Unidad de Hemodiálisis define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.

Elementos Medibles de EAP.5

1. Los líderes definen normativas éticas y legales que protegen a los pacientes y sus derechos
2. Los líderes establecen un marco para el manejo ético de la Unidad de Hemodiálisis. 

EAP.5.1 El marco para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, alta y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

Elementos Medibles de EAP.5.1

1. La Unidad de Hemodiálisis divulga quién o quiénes son sus propietarios.
2. La Unidad de Hemodiálisis describe honestamente sus servicios a los pacientes.
3. La Unidad de Hemodiálisis ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.
4. La Unidad de Hemodiálisis factura sus servicios con precisión.
5. La Unidad de Hemodiálisis divulga y resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención del paciente.

EAP.5.2 El marco para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

Elementos Medibles de EAP.5.2

1. El marco para el manejo ético respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.
2. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

Estándar EAP.6

La Unidad de Hemodiálisis es responsable de proporcionar procesos que respalden los derechos de los pacientes y de las familias durante la atención.

Propósito de EAP.6

Los líderes de la Unidad son los responsables de la manera en que la Unidad de Hemodiálisis trata a sus pacientes, por lo tanto, es preciso que conozcan y comprendan los derechos de los pacientes y sus familiares; al igual que las responsabilidades de su unidad de hemodiálisis tal como se identifican en las leyes, reglamentaciones y normatividad correspondientes (se pueden auxiliar de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes publicada por la Secretaría de Salud).

Los líderes dan instrucciones para asegurarse de que el personal de toda la Unidad asume la responsabilidad de proteger estos derechos, la Unidad de Hemodiálisis respeta el derecho de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.

Para lograr lo anterior, se elaboran e implementan políticas y procedimientos para asegurar que todo el personal sea consciente y responda ante cuestiones de derechos de los pacientes y sus familiares en toda la Unidad. La organización emplea un proceso de colaboración para determinar las políticas y procedimientos y, cuando es adecuado, incluye a pacientes y sus familiares al proceso.

Elementos Medibles de EAP.6

1. Los líderes de la Unidad de Hemodiálisis trabajan en colaboración para respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares.
2. Los líderes comprenden los derechos de los pacientes y sus familiares tal como están identificados en las leyes y reglamentaciones, y en relación con la población que atienden.
3. La Unidad de Hemodiálisis respeta el derecho de los pacientes y, en su caso de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.
4. El personal está informado sobre las políticas y procedimientos relacionados con los derechos del paciente y pueden explicar sus responsabilidades en cuanto a la protección de dichos derechos.

Estándar EAP.6.1**La atención deberá ser cordial y respetuosa para con los valores y creencias personales del paciente.****Propósito de EAP.6.1**

Dentro del proceso de atención, cada paciente tiene sus propios valores y creencias. Algunos valores y creencias son comunes a todos los pacientes y con frecuencia son de origen cultural y religioso. Otros valores y creencias son los que pertenecen a un paciente en particular. La Unidad de Hemodiálisis alienta a todos los pacientes a expresar sus creencias y respetar las creencias de los demás.

Los valores y creencias fuertemente arraigados pueden modificar el proceso de atención y el modo en que los pacientes responden ésta. Por consiguiente, cada prestador de atención busca comprender la atención y los servicios que presta dentro del contexto de valores y creencias del paciente

Elementos Medibles de EAP.6.1

1. Existe un proceso para identificar y respetar los valores y las creencias de un paciente, y en su caso de sus familiares
2. El personal emplea el proceso y presta atención respetuosa de los valores y creencias del paciente.

Estándar EAP.6.2**La atención médica respeta la necesidad de privacidad del paciente.****Propósito de EAP.6.2**

La privacidad del paciente es importante, en especial durante entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos, tratamientos y transporte. Los pacientes podrían desear tener privacidad respecto a cierto personal la unidad, otros pacientes e incluso respecto a miembros de su familia. Además, es posible que los pacientes no deseen ser fotografiados, grabados ni participar en entrevistas durante procesos de auditoría. Por lo tanto, en la medida que el personal presta atención y servicios a los pacientes, deben consultar al paciente sobre sus necesidades y expectativas de privacidad. Esta comunicación entre el personal y el paciente genera confianza y una comunicación abierta; no es necesario documentarla.

Elementos Medibles de EAP.6.2

1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención y tratamiento.
2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos/tratamientos y traslado.
3. Los líderes aseguran la infraestructura necesaria para brindar privacidad a los pacientes que así lo requieran.

Estándar EAP.6.3**La información del paciente es confidencial.****Propósito de EAP.6.3**

La información médica que se concentra y documenta es importante para la comprensión del paciente y sus necesidades, así como para la prestación de atención y servicios a lo largo del tiempo. Esta información puede estar impresa, en formato electrónico o en una combinación de ambos. La Unidad de Hemodiálisis resguarda dicha información, la clasifica como confidencial e implementa políticas y procedimientos que la protegen contra pérdidas o usos incorrectos. Las políticas y procedimientos son acordes a las leyes y reglamentaciones vigentes.

El personal respeta la confidencialidad del paciente, no haciendo pública la información confidencial del paciente. El personal está al tanto de las leyes, reglamentaciones y normatividad que rigen la confidencialidad de la información e instruye al paciente respecto al modo en que la organización respeta la confidencialidad de la información. También

se informa a los pacientes respecto a cuándo y bajo qué circunstancias se divulgará la información y cómo se obtendrá su autorización.

La organización cuenta con una política que establece el proceso para que los pacientes tengan acceso a su información conforme a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de EAP.6.3

1. Se informa a los pacientes sobre la forma en que se mantendrá la confidencialidad de su información conforme las leyes, reglamentaciones y normatividad aplicables.
2. A los pacientes que estén de acuerdo, se les solicita que otorguen su autorización para la divulgación de información no cubierta por las leyes, reglamentaciones y normatividad.
3. La Unidad de Hemodiálisis clasifica y respeta como confidencial la información médica del paciente.

Estándar EAP.6.4

La Unidad de Hemodiálisis respeta los derechos de los pacientes y sus familiares y fomenta su participación en el proceso de atención médica.

Propósito de EAP.6.4

Los pacientes y sus familiares participan en el proceso de atención tomando decisiones, haciendo preguntas e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La Unidad de Hemodiálisis respalda y promueve la participación del paciente y su familia en todos los aspectos de la atención, mediante la elaboración e implementación de políticas y procedimientos. El personal administrativo, el personal no clínico y el personal clínico (médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud), participan en la elaboración de dichas políticas y procedimientos. Todo el personal recibe capacitación sobre las políticas y procedimientos, y sobre su rol en el respaldo de los derechos de los pacientes y sus familiares en lo que se refiere a su participación en los procesos de atención.

Elementos Medibles de EAP.6.4

1. Se elaboran políticas y procedimientos para respaldar y promover la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.
2. La elaboración de políticas y procedimientos es un esfuerzo de colaboración e incluye tanto al personal líder como operativo.
3. El personal recibe capacitación sobre las políticas, procedimientos y su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.

Estándar EAP.6.5


La Unidad de Hemodiálisis informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica; asimismo, les informa sobre su derecho a participar en estos procesos.

Propósito de EAP.6.5

Los pacientes tienen derecho a manifestar sus quejas sobre la atención, a que dichas quejas se revisen y se resuelvan. Además, en las decisiones respecto a la atención a veces se presentan preguntas, conflictos u otros dilemas para la organización y para el paciente, la familia o terceros que deben tomar decisiones; estos dilemas pueden surgir en los procesos de acceso, tratamiento o alta y pueden ser particularmente difíciles de resolver, por ejemplo, para omitir los servicios de reanimación o en la renuncia a un tratamiento para prolongar la vida o retirarlo.

La Unidad de Hemodiálisis ha implementado procesos para procurar la resolución de dichos dilemas y quejas; asimismo, identifica, en políticas y procedimientos, a quienes necesitan estar involucrados en los procesos, y el modo en que el paciente y la familia participan.

Elementos Medibles de EAP.6.5

1. Los pacientes son conscientes de su derecho a manifestar una queja y del proceso para hacerlo.
2. Las quejas se revisan y resuelven conforme al mecanismo de la Unidad de Hemodiálisis. 
3. Los dilemas que surgen durante el proceso de atención se revisan conforme al mecanismo la Unidad de Hemodiálisis.
4. Las políticas y procedimientos identifican a los participantes del proceso.
5. Las políticas y procedimientos identifican el modo en que pueden participar el paciente y su familia.

Estándar EAP.7

El personal de la Unidad de Hemodiálisis recibe educación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes, así como en la protección de sus derechos.

Propósito de EAP.7

La Unidad de Hemodiálisis educa a todo su personal sobre los derechos de los pacientes y de sus familias. Se reconoce la posibilidad de que, tanto en el personal como pacientes, no coincidan en los mismos valores y creencias. La educación comprende el modo en que cada miembro de la organización participa en la identificación de los valores y creencias del paciente, y la forma de respetarlos en el proceso de atención.

Elementos Medibles de EAP.7

1. El personal comprende su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes y sus familias y el modo de respetarlos en el proceso de atención.
2. El personal comprende su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.


Estándar EAP.8

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para el registro de los pacientes que recibirán sus servicios.

Propósito de EAP.8

El proceso para la admisión de pacientes que recibirán servicios de hemodiálisis está estandarizado mediante políticas y procedimientos escritos. El personal responsable del proceso está familiarizado con dichos procedimientos y los cumple.

Elementos Medibles de EAP.8

1. Se ha definido un proceso para estandarizar la admisión de los pacientes a la Unidad de Hemodiálisis. 
2. El personal está familiarizado con las políticas y los procedimientos.
3. La práctica es consistente con las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.9**Estándar EAP.9**

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un médico nefrólogo responsable, acorde a la normatividad vigente.

Estándar EAP.9.1

El médico nefrólogo es responsable de hacer funcionar a la Unidad de Hemodiálisis y cumplir con las leyes, reglamentos y normatividad vigente que le apliquen.

Propósito de EAP.9 y EAP.9.1

Se cuenta con un **médico nefrólogo responsable del funcionamiento diario de la Unidad de Hemodiálisis**, esto incluye, entre otras responsabilidades, el abasto de suministros esenciales, el mantenimiento de la instalación física, la administración financiera y la gestión de calidad.

El médico nefrólogo responsable de la unidad trabaja en colaboración con el personal para elaborar las políticas y procedimientos relacionados con los servicios clínicos que ofrece.

Además, médico nefrólogo responsable será tiene como funciones:

- El cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes;
- La respuesta a todo informe de organismos de inspección y de regulación; y
- Los procesos de administración y control de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.
- La supervisión de los nefrólogos o y demás personal médico colaborador.

Si hay responsabilidades administrativas que se delegan, se encuentran definidas en políticas y se encuentra un nombramiento que lo respalde.

El médico especialista en nefrología responsable de la Unidad debe contar con cédula profesional de la subespecialidad verificada con la fuente original y certificación vigente por el Consejo correspondiente.

EAP.9 La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un médico nefrólogo responsable, acorde a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de EAP.9

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un responsable del su funcionamiento.
2. El responsable de la Unidad es un médico nefrólogo.

EAP.9.1 El médico nefrólogo es responsable de hacer funcionar a la unidad de hemodiálisis y cumplir con las leyes, reglamentos y normatividad vigente que le apliquen

Elementos Medibles de EAP.9.1

1. El médico nefrólogo responsable lleva a cabo las siguientes funciones:
 - a. Planificar las políticas y procedimientos de la unidad de hemodiálisis.
 - b. Asegurar del cumplimiento de las políticas aprobadas.
 - c. Asegurar el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones correspondientes.
 - d. Responder a todos los informes de los organismos de inspección y regulación.
 - e. Administrar los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos
 - f. Supervisar de los nefrólogos o personal médico colaborador.
2. El médico nefrólogo responsable cuenta con cédula profesional de la subespecialidad verificada con la fuente original y certificación vigente por el Consejo correspondiente.
3. Si hay responsabilidades administrativas que se delegan, se encuentran definidas en políticas y se encuentra un nombramiento que lo respalde.

Estándar EAP.10

Se cuenta con un proceso que guía la referencia de pacientes a otros establecimientos, a fin de cumplir con sus necesidades para la atención y la continuidad de la atención.

Propósito de EAP.10

La referencia de un paciente a otra Unidad de Hemodiálisis se basa en su estado de salud y en la necesidad de servicios para la atención o la continuidad de la atención. Dicha referencia puede deberse a la necesidad del paciente de obtener una interconsulta, tratamiento especializado, servicios de urgencia, cuidados especializados, intensivos o de rehabilitación.

Para lo anterior, es necesario un proceso de referencia de pacientes a otra unidad a fin de asegurar que quien reciba al paciente cubra sus necesidades de atención.

Elementos Medibles de EAP.10

1. Se ha definido un proceso que guía la referencia de pacientes a otros establecimientos. 📄
2. Las referencias se basan en las necesidades de atención continua del paciente.
3. Los pacientes son debidamente referidos a otros establecimientos, de manera consistente con las políticas y procedimientos.

Estándar EAP.10.1

La Unidad de Hemodiálisis coopera con los profesionales de la salud y con otros establecimientos para garantizar referencias oportunas y adecuadas.

Propósito de EAP.10.1

La referencia oportuna al médico, Unidades de Hemodiálisis o institución que mejor cubran las necesidades del paciente para dar continuidad a su atención, requiere de una planificación, para identificar a los diferentes prestadores de servicios en la comunidad, construir relaciones formales e informales con estos prestadores y poder referir de manera adecuada a los pacientes con el personal o a una institución calificada. Cuando los pacientes vienen de una comunidad distinta, la organización intenta referirlos con una persona o institución en la comunidad del paciente.

Elementos Medibles de EAP.10.1

1. La Unidad de Hemodiálisis identifica a los prestadores de servicios, instituciones calificadas y personas en su comunidad que están más asociados con los servicios de la Unidad.
2. La referencia se realiza con personal o a una institución calificada en la comunidad del paciente, cuando sea posible.
3. Las referencias se realizan para servicios de apoyo, cuando sea posible.

Estándar EAP.10.2

Se realiza un resumen del tratamiento de hemodiálisis de cada paciente que se refiere a otra organización.

Propósito de EAP.10.2

A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se transfiere junto con el paciente. El resumen incluye el estado clínico del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas, un resumen del tratamiento de hemodiálisis y las necesidades del paciente para dar continuidad su atención.

El resumen del tratamiento de hemodiálisis al menos deberá contener lo siguiente:

- a) Diagnóstico Nefrológico
- b) Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
- c) Tiempo en el programa de Hemodiálisis
- d) Tipo de acceso Vascular y su estado de funcionalidad
- e) Tipo de hemodializador y reúsos
- f) Peso seco habitual
- g) Ganancia Interdialítica
- h) Alergias
- i) Medicamentos
- j) Problemas en diálisis
- k) Cinética de urea
- l) Serología Viral
- m) Vacunas recibidas
- n) Candidato a Trasplante (Si o No)

Elementos Medibles de EAP.10.2

1. Junto con el paciente, se transfiere su información clínica o un resumen clínico.
2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.
3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionados.
4. El resumen del tratamiento de hemodiálisis incluye al menos los puntos referidos en los incisos a) al l) del propósito.
5. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.

Estándar EAP.11



Se ha definido cómo actuar en caso de que se presente una emergencia o alguna otra situación que ponga en peligro la vida del paciente.

Propósito de EAP.11

Es necesario que en caso de que se presente una emergencia o alguna otra situación que ponga en peligro la vida del paciente, la Unidad de Hemodiálisis cuente con un proceso para atender de manera oportuna al paciente, el cual se encuentra respaldado por una política que al menos incluye:

- a) Quién y cómo se realizará la valoración del paciente
- b) Cuál será el tratamiento inicial
- c) Como se estabilizará al paciente
- d) Los criterios para indicar cuándo es necesario referir o trasladar a un paciente a otro establecimiento.

Elementos Medibles de EAP.11

1. Existe una política que establece el proceso para brindar atención oportuna al paciente en caso de que se presente una emergencia o alguna otra situación que ponga en peligro su vida. 
2. La política establece quién y cómo se realizará la valoración, el tratamiento inicial y la estabilización del paciente. 
3. La política incluye los criterios para indicar cuando es necesario referir o trasladar a un paciente.
4. Existen y son vigentes listados de opciones para referir a los pacientes que no puedan ser atendidos en la Unidad de Hemodiálisis (contienen: nombres, direcciones y teléfonos de hospitales cercanos).

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.11.1**Estándar EAP.11.1**


Se ha definido un proceso que guía el traslado apropiado y oportuno para los pacientes cuando presentan una emergencia y cuando su estado rebasa la capacidad de resolución de la Unidad de Hemodiálisis.

Propósito de EAP.11.1

El traslado de un paciente cuando presenta una emergencia o cuando su estado rebasa la capacidad de resolución de la Unidad de Hemodiálisis, es un proceso que debe garantizar la seguridad del paciente y la continuidad de la atención; por lo cual se debe definir un proceso que establezca la manera adecuada de trasladar a un paciente de manera oportuna y de acuerdo a sus necesidades de atención. El médico responsable del paciente determina y autoriza el traslado. Se necesita un proceso organizado, para asegurar que se cubran las necesidades para la continuidad de la atención.

El proceso toma en cuenta la necesidad de transporte para garantizar el traslado oportuno y seguro del paciente.

Elementos Medibles de EAP.11.1

1. Existe una política que guía la referencia o traslado apropiado y oportuno para los pacientes en situación cuando presentan una emergencia y cuando el estado del paciente rebasa la capacidad de resolución de la Unidad de Hemodiálisis. 
2. El traslado se basa en las necesidades de atención que tenga el paciente.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.12**Estándar EAP.12**

El personal que brinda atención al paciente, así como los demás miembros que la organización identifica, reciben capacitación y pueden demostrar una competencia adecuada en técnicas de reanimación.

Propósito de EAP.12

Cada Unidades de Hemodiálisis identifica al personal a capacitar en técnicas de reanimación y el nivel de capacitación (básico o avanzado) adecuado para su función en la Unidad de Hemodiálisis.

El nivel adecuado de capacitación para estas personas se repite cada dos años. Existen pruebas que demuestran que cada miembro del personal que asiste a la capacitación realmente logra el nivel de competencia deseado.

Elementos Medibles de EAP.12

1. Se identifica al personal que brinda atención al paciente y demás personal que debe recibir capacitación en reanimación cardiopulmonar.
2. El nivel adecuado de capacitación se proporciona con una frecuencia suficiente para cubrir las necesidades del personal.
3. Existen pruebas para demostrar si un miembro del personal aprobó la capacitación.
4. El nivel deseado de capacitación de cada persona se repite cada dos años.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.13

Estándar EAP.13

La evaluación inicial de cada paciente al integrarse al Programa de Hemodiálisis de la Unidad incluye una historia clínica completa y un examen físico.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.13.1

Estándar EAP.13

La evaluación inicial de cada paciente incluye la realización de exámenes de laboratorio que servirán de referencia para el seguimiento del tratamiento.

Propósito de EAP.13 y EAP.13.1

La valoración inicial de un paciente es fundamental para identificar sus necesidades y comenzar el proceso de atención. La evaluación inicial proporciona información para:

- entender la atención que el paciente necesita, y
- comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para obtener esta información, la evaluación inicial incluye una evaluación del estado de salud a través de una exploración física y un interrogatorio sobre la salud del paciente.

Esta valoración se realiza en todos los pacientes de primera vez y en los subsecuentes cuando es necesario actualizarla.

Los exámenes de laboratorio que es necesario monitorizar se realizan al inicio del tratamiento y de acuerdo al protocolo la Unidad de Hemodiálisis, las necesidades del paciente y la reglamentación vigente (NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis). Además a todos los pacientes subsecuentes se les actualizan sus exámenes de laboratorio cuando corresponde, de acuerdo al protocolo definido por la unidad y a la normatividad vigente.

Al inicio del tratamiento al menos se cuenta con los siguientes resultados de laboratorio y gabinete:

- a) Serología Viral: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBs Ag), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC)
- b) Biometría Hemática completa
- c) Electrolitos séricos (Na, K, Cl, Ca, CO₂, P)
- d) Química sanguínea de tres elementos (glucosa, urea y creatinina)
- e) Depuración de creatinina
- f) Radiografía de tórax
- g) Electrocardiograma

Los resultados de los análisis de laboratorio se registran en el expediente clínico del paciente.

EAP.13 La evaluación inicial de cada paciente al integrarse al Programa de Hemodiálisis de la Unidad incluye una historia clínica completa y un examen físico

Elementos Medibles de EAP.13

1. A todos los pacientes de primera vez se les realiza una evaluación inicial conforme a la política de la Unidad.
2. A todos los pacientes subsecuentes se les actualiza su evaluación inicial cuando corresponde, de acuerdo a la política de la Unidad.
3. La evaluación médica inicial incluye una historia clínica y un examen físico de acuerdo al alcance y contenido definidos en la política de la Unidad de Hemodiálisis.
4. La evaluación inicial da como resultado un diagnóstico inicial y una propuesta de tratamiento que se documentan en el expediente clínico.

EAP.13.1 La evaluación inicial de cada paciente incluye la realización de exámenes de laboratorio que servirán de referencia para el seguimiento del tratamiento.**Elementos Medibles de EAP.13.1**

1. Al inicio de su tratamiento se les realiza a todos los pacientes los exámenes de laboratorio que se mencionan en los incisos a) al e) del propósito del estándar.
2. A todos los pacientes subsecuentes se les actualizan sus exámenes de laboratorio cuando corresponde, de acuerdo al protocolo definido por la unidad y a la normatividad vigente.
3. Los resultados de los laboratorios se registran o se anexan al expediente clínico del paciente.

Estándar EAP.14

Se ha definido un proceso para guiar la atención de los pacientes en hemodiálisis.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.14.1**Estándar EAP.14.1**

Se ha definido un proceso para guiar la atención de los pacientes seropositivos que se someterán a hemodiálisis.

Propósito de EAP.14 y EAP.14.1

Es importante que la Unidad de Hemodiálisis defina con un enfoque multidisciplinario un proceso para guiar la atención de manera estandarizada a los pacientes en hemodiálisis y particularmente a aquellos pacientes seropositivos. Esta definición puede basarse en una guía o protocolo vigente e internacionalmente aceptado fundamentado en medicina basada en la evidencia.

Es particularmente importante que en el proceso de atención de estos pacientes identifique:

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de cualquier diferencia o consideración especial;
- b) la documentación necesaria para que el equipo multidisciplinario de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- c) los requisitos de monitorización del paciente pre, trans y post diálisis;
- d) las acciones a seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la hemodiálisis (infecciones, fiebre, trastornos hidroelectrolíticos, hipotensión, choque, paro cardiorespiratorio)
- e) las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
- f) la manera de garantizar la continuidad de la atención.

El proceso para guiar la atención de estos pacientes se documenta de manera que se describa cómo se llevarán a cabo en la Unidad de hemodiálisis cada uno de los elementos mencionados en los incisos a) a la f). Todo lo anterior fundamentado en los recursos de la Unidad de Hemodiálisis, su capacidad resolutoria, normatividad vigente, guías o protocolos de medicina basada en la evidencia y buenas prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.

EAP.14 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes en hemodiálisis.**Elementos Medibles de EAP.14**

1. La Unidad de Hemodiálisis ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en hemodiálisis y está documentado en políticas y/ procedimientos.

2. Los pacientes en hemodiálisis reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

EAP.14.1 Las políticas y procedimientos guían la atención de los pacientes seropositivos que se someterán a hemodiálisis.

Elementos Medibles de EAP.14.1

1. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes seropositivos que se someterán a hemodiálisis. 📄
2. Los pacientes seropositivos que se someterán a hemodiálisis reciben atención conforme a las políticas y procedimientos.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.15

Estándar EAP.15

Durante la hemodiálisis, se controla permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente.

Propósito de EAP.15

El control fisiológico ofrece información confiable acerca del estado del paciente durante la hemodiálisis. El proceso de control es continuo, y los resultados se anotan en el expediente clínico del paciente.

El proceso de monitorización del paciente en cada sesión de hemodiálisis al menos incluye lo siguiente:

- a) Peso del paciente pre y post diálisis
- b) Presión arterial pre, trans y post diálisis
- c) Temperatura pre y post diálisis
- d) Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis
- e) Frecuencia respiratoria pre, trans y postdiálisis
- f) Signos y síntomas del paciente antes, durante y al finalizar la hemodiálisis (disnea, dolor torácico, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, calambres)
- g) Valoración del acceso vascular pre, trans y post diálisis

Elementos Medibles de EAP.15

1. Se monitoriza permanentemente el estado fisiológico durante la administración de sesión de hemodiálisis.
2. El proceso de monitorización incluye al menos los elementos señalados en el propósito del estándar, incisos a) al g).
3. Los resultados del control se anotan en el expediente.
4. Políticas y procedimientos respaldan la monitorización del paciente durante la hemodiálisis.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.15.1

Estándar EAP.15.1

Al menos una vez al mes se documenta en el expediente clínico, un resumen sobre la evolución del paciente.

Propósito de EAP.15.1

A fin de asegurar la continuidad de la atención, se realiza al menos una vez al mes un resumen acerca de la evolución del paciente. El resumen incluye el estado clínico del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas y un resumen del tratamiento de hemodiálisis.

El resumen del tratamiento de hemodiálisis al menos deberá contener lo siguiente:

- a) Diagnóstico Nefrológico
- b) Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
- c) Tiempo en el programa de Hemodiálisis
- d) Tipo de acceso Vascular y su estado de funcionalidad
- e) Tipo de hemodializador y reúsos
- f) Peso seco habitual
- g) Ganancia Interdialítica

- h) Alergias
- i) Medicamentos
- j) Problemas en diálisis
- k) Cinética de urea
- l) Serología Viral
- m) Vacunas recibidas
- n) Candidato a Trasplante (Si o No)

Elementos Medibles de EAP.15.1

1. Se documenta al menos una vez al mes un resumen acerca de la evolución del paciente.
2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.
3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionados.
4. El resumen del tratamiento de hemodiálisis incluye al menos los puntos referidos en los incisos a) a n) del propósito.
5. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.

Estándar EAP.16

Los profesionales que participan en la atención del paciente registran las órdenes/indicaciones, sugerencias y recomendaciones en los formatos correspondientes que se integran al expediente clínico, en un lugar uniforme.


Propósito de EAP.16

Las actividades de atención al paciente incluyen indicaciones, por ejemplo, para análisis de laboratorio, administración de medicamentos, atención de enfermería y terapia nutricional. Personal calificado será quien realice las indicaciones. Dichas órdenes/indicaciones deberán estar en un lugar accesible a fin de ser llevadas a cabo en forma oportuna.

La ubicación de las órdenes/indicaciones en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo. Las órdenes/indicaciones por escrito ayudan al personal a entender los puntos específicos de una orden, cuándo debe llevarse a cabo y quién debe hacerlo.

Las órdenes/indicaciones pueden estar escritas en una hoja que se anexa al expediente clínico, siempre y cuando se encuentren accesibles al equipo multidisciplinario para que pueda dar seguimiento a la atención.

Elementos Medibles de EAP.16

1. Las órdenes/indicaciones cumplen la política de la Unidad de Hemodiálisis. 
2. Sólo emiten órdenes/indicaciones quienes están autorizados para hacerlo.
3. Las órdenes/indicaciones se encuentran en un lugar uniforme dentro de los expedientes clínicos.

Estándar EAP.17


Un plan respalda el manejo y uso de los medicamentos en la Unidad de Hemodiálisis.

Propósito de EAP.17

Los medicamentos, como un importante recurso en la atención médica, deben organizarse de manera efectiva y eficiente. El manejo efectivo de los medicamentos involucra a toda la Unidad de Hemodiálisis.

El plan en el cual se describe cómo se manejan y se utilizan los medicamentos dentro de la Unidad de Hemodiálisis, es el resultado de la integración y desarrollo de un **Sistema de Medicación** que se supervisa por personal calificado.

Elementos Medibles de EAP.17

1. Existe un plan que identifica y describe el modo en que los medicamentos se organizan, manejan y se utilizan (Sistema de Medicación) en toda la Unidad de Hemodiálisis. 
2. El plan cuenta con políticas que guían todas las fases del manejo y uso de medicamentos dentro de la Unidad de Hemodiálisis.

3. El plan es supervisado de manera integral por personal capacitado.

Estándar EAP.17.1

La Unidad de Hemodiálisis identifica y prioriza los riesgos asociados a cada una de las fases del sistema de medicación.

Propósito de EAP.17.1



La Unidad de Hemodiálisis identifica y prioriza los riesgos asociados a cada una de las fases del Sistema de Medicación desde la selección y adquisición de los medicamentos hasta el control de los mismos incluyendo la farmacovigilancia y el reporte y análisis de los errores de medicación.

Esta identificación de los riesgos del sistema se lleva a cabo de manera multidisciplinaria con un enfoque proactivo, al menos una vez al año y se documenta.

La evaluación tiene como propósito identificar riesgos y áreas de oportunidad para calidad y la seguridad del paciente dentro de los procesos que conforman el sistema, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.

La organización selecciona al menos uno de los riesgos prioritarios y adopta e implementa una buena práctica basada en la evidencia para mejorar la seguridad del paciente.

Elementos Medibles de EAP.17.1

1. La Unidad de Hemodiálisis identifica los riesgos asociados cada una de las fases del sistema de medicación. 
2. La Unidad de Hemodiálisis prioriza los riesgos identificados.
3. Los riesgos identificados se utilizan para rediseñar los procesos del sistema de medicación.
4. Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la organización adopta e implementa una buena práctica. 

Estándar EAP.17.2

Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.

Propósito de EAP.17.2

En todos los lugares donde se almacenan medicamentos, se hace evidente lo siguiente:

- a) los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto;
- b) se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes;
- c) los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias;
- d) los electrolitos concentrados se manejan conforme a lo solicitado en la Meta internacional de Seguridad del Paciente 3 (MISP.3);
- e) todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política de la Unidad de Hemodiálisis, para asegurar que los se encuentren debidamente resguardados y almacenados;
- f) la política de la Unidad de Hemodiálisis define cómo se identifican, resguardan y almacenan los medicamentos que el paciente trae consigo.
- g) los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, o estarán fácilmente accesibles dentro de la Unidad de Hemodiálisis, para cumplir con las necesidades de urgencia

Elementos Medibles de EAP.17.2

1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.
2. Se da debida cuenta de las sustancias controladas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes.
3. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.
4. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos se inspeccionan periódicamente, según la política de la Unidad de Hemodiálisis, para asegurar que los se encuentran debidamente resguardados y almacenados.
5. Una política define cómo los medicamentos que el paciente trae consigo a la Unidad de Hemodiálisis son identificados, resguardados y almacenados.
6. Los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, o estarán fácilmente accesibles dentro de la Unidad de Hemodiálisis para cumplir con las necesidades de urgencia

Estándar EAP.17.2.1

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un sistema de retiro de circulación de medicamentos.

Propósito de EAP.17.2.1

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir medicamentos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa de todo uso o destrucción de medicamentos vencidos o caducados.

Elementos Medibles de EAP.17.2.1

1. Hay un sistema implementado de retiro de circulación de medicamentos.
2. Las políticas y procedimientos impiden el uso de los medicamentos caducos o fuera de uso.
3. Las políticas y procedimientos se ocupan de la destrucción de los medicamentos caducos o fuera de uso.
4. Las políticas y procedimientos están implementados.


Estándar EAP.17.3

Hay políticas y procedimientos, basadas buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción y la transcripción de los medicamentos.

Propósito de EAP.17.3

Existen políticas y procedimientos que guían la prescripción y la transcripción segura de medicamentos. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para diseñar y controlar las políticas y procedimientos. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir. Como las prescripciones y las transcripciones ilegibles ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, se han definido acciones para disminuir la ilegibilidad.

Elementos Medibles de EAP.17.3

1. Las políticas y procedimientos guían la prescripción y transcripción de medicamentos en la Unidad de Hemodiálisis. 
2. Las políticas y procedimientos establecen las acciones a seguir cuando las prescripciones y las transcripciones son ilegibles.
3. La definición de las políticas y procedimientos se llevó a cabo mediante un proceso de colaboración multidisciplinaria.
4. El personal relevante está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.
5. Las políticas y procedimientos están implementados.

Estándar EAP.17.4

Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.

Propósito de EAP.17.4

La farmacia, el servicio farmacéutico, las enfermeras o el personal calificado que prepara y dispensa los medicamentos lo lleva a cabo en un entorno higiénico y seguro que cumple con las leyes y normatividad correspondiente. La Unidad de Hemodiálisis identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico.

Elementos Medibles de EAP.17.4

1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.
2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con las leyes, reglamentaciones, normatividad y los estándares de práctica clínica profesionales.
3. El personal que prepara los productos estériles está capacitado en técnicas asépticas.

Estándar EAP.17.5

Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante procedimientos invasivos y de alto riesgo.

Estándar EAP.17.5.1

El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.

Propósito de EAP.17.5 y EAP.17.5.1

Un riesgo para la seguridad del paciente se presenta cuando no se identifican los medicamentos o las soluciones inmediatamente después de ser preparadas durante procedimientos invasivos o de alto riesgo, inclusive cuando se utiliza un solo medicamento.

El etiquetado de los medicamentos es una práctica que reduce el riesgo de errores de medicación; por lo cual la organización reduce el riesgo al etiquetar los medicamentos inmediatamente después de prepararse o verse en diferentes contenedores, en el etiquetado se identifican, al menos, los siguientes datos:

- a) Nombre del medicamento
- b) Dosis
- c) Concentración
- d) Vía
- e) Dilución
- f) Fecha de preparación y de caducidad en el caso de medicamentos multidosis o medicamentos que serán utilizados en procedimientos de larga duración.

Únicamente se puede omitir el etiquetado si el medicamento se administra inmediatamente después de prepararlo.

Los medicamentos ya preparados se verifican de manera verbal y visual utilizando el etiquetado antes de ser administrados, además, se utiliza una doble verificación cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará.

Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis basado en las buenas prácticas de medicación y acorde a las prácticas de control de infecciones.

EAP.17.5 Los medicamentos y soluciones se etiquetan inmediatamente después de prepararse, durante procedimientos invasivos y de alto riesgo.**Elementos Medibles de EAP.17.5**

1. Los medicamentos utilizados durante procedimientos invasivos y de alto riesgo son etiquetados inmediatamente después de su preparación.
2. El etiquetado incluye al menos los siguientes datos:
 - a) Nombre del medicamento
 - b) Dosis
 - c) Concentración, si corresponde
 - d) Vía
 - e) Dilución
 - f) Fecha/hora de preparación y de caducidad en el caso de medicamentos multidosis o medicamentos que serán utilizados en procedimientos de larga duración.
3. Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser administrados
4. Se utiliza doble verificación cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administrará.

EAP.17.5.1 El uso de los medicamentos multidosis se realiza de manera estandarizada acorde a las prácticas de prevención y control de infecciones.**Elementos Medibles de EAP.17.5.1**

1. Se cuenta con una política que guía el uso de medicamentos multidosis acorde a las prácticas de control de infecciones. 📄
2. Los medicamentos multidosis son etiquetados inmediatamente después de su preparación.
3. El etiquetado incluye al menos los siguientes datos:
 - a) Nombre del medicamento
 - b) Dosis
 - c) Concentración, si corresponde
 - d) Vía
 - e) Dilución
 - f) Fecha/hora de preparación y de caducidad

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAP.17.6**Estándar EAP.17.6**

La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.

Propósito de EAP.17.6

La administración de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento y experiencia. Cada Unidad de Hemodiálisis es responsable de identificar al personal con el conocimiento y la experiencia requeridos y que además esté autorizado por habilitación, certificación, las leyes o reglamentaciones para administrar medicamentos.

La administración segura de medicamentos incluye la verificación de:

- a) la identificación del paciente.
- b) el medicamento prescrito;
- c) la caducidad,
- d) la hora y la frecuencia de administración prescrita;
- e) la dosis prescrita;
- f) la vía de administración prescrita; y
- g) la velocidad de infusión.

La Unidad de Hemodiálisis define el proceso de verificación a utilizar en la administración de medicamentos.

Elementos Medibles de EAP.17.6

1. Sólo el personal de salud autorizado por la unidad de hemodiálisis, habilitaciones, leyes y reglamentaciones pertinentes, administra medicamentos.
2. Se cuenta con un sistema seguro para la administración de los medicamentos dentro de la Unidad de Hemodiálisis.
3. Al menos se verifican los siete correctos que menciona el propósito del estándar:
 - a. la identificación del paciente.
 - b. el medicamento prescrito;
 - c. la caducidad,
 - d. la hora y la frecuencia de administración prescrita;
 - e. la dosis prescrita;
 - f. la vía de administración prescrita; y
 - g. la velocidad de infusión.
4. Los medicamentos se administran tal como se prescriben, y se anotan en el expediente clínico.

Estándar EAP.17.7

Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.

Propósito de EAP.17.7

El médico, el personal de enfermería y demás profesionales de la salud, trabajan juntos para controlar a los pacientes que toman medicamentos. El propósito de la monitorización es evaluar el efecto del medicamento sobre los síntomas, biometría hemática, función renal, función hepática y detectar **Acontecimientos Adversos por Medicamentos** (AAM, Ver glosario); ya sean errores de medicación, reacciones adversas a medicamentos (RAM) o efectos secundarios. Basándose en el control, la dosis o el tipo de medicamento, se puede ajustar cuando sea necesario. Es adecuado controlar la respuesta del paciente ante la(s) primera(s) dosis de un medicamento nuevo, dicho control pretende identificar la respuesta terapéutica de manera anticipada, por ejemplo, reacciones alérgicas, interacciones medicamentosas y cambios en el paciente que en aumentan el riesgo de caídas, etc.

El control de los efectos de los medicamentos incluye la observación y documentación de todo Acontecimiento Adverso por Medicamentos:

- La Unidad de Hemodiálisis cuenta con una política que identifica todas las reacciones adversas que deben registrarse en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia y aquellos que deben informarse en el marco de la normatividad vigente. La sospecha de reacción adversa grave o letal deberá ser reportada hasta 7 días naturales después de su identificación y no más de 15 días si se trata de 1 solo caso, cuando se trate de 3 o más casos iguales con el mismo medicamento o se presente en el mismo lugar, deberán ser reportados inmediatamente.
- La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso de reporte y análisis de errores de medicación.

Elementos Medibles de EAP.17.7

1. Monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes.
2. Se cuenta con un proceso para la detección de Acontecimientos Adversos por Medicamentos.
3. El proceso de control se realiza de manera multidisciplinaria.
4. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.
5. Las reacciones adversas a medicamentos y las sospechas de reacción adversa, se notifican dentro del marco de tiempo exigido por la normatividad vigente, en el formato oficial de COFEPRIS para la Farmacovigilancia.

Estándar EAP.17.8

Los errores y cuasifallas de medicación se notifican mediante un proceso y marco de tiempo definidos por la Unidad de Hemodiálisis.

Propósito de EAP.17.8

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para identificar, reportar y analizar los errores y las cuasifallas de medicación. El proceso incluye la definición de un error de medicación y cuasifalla en medicación, empleando un formato estandarizado para el reporte, y la educación del personal en cuanto al proceso y sensibilización acerca de la importancia de reportar dichos eventos. El proceso de reporte y análisis forma parte del programa de calidad y seguridad del paciente. El programa se centra en la prevención de errores de medicación mediante la comprensión de los tipos de errores que ocurren en la unidad y en otras organizaciones, y por qué tienen lugar las cuasifallas. Las mejoras de los procesos de medicación y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro. El responsable de supervisar el sistema de manejo y uso de medicamentos así como el responsable de calidad capacitan en la capacitación del personal.

Elementos Medibles de EAP.17.8

1. Se cuenta con una definición operativa de error de medicación y de cuasifalla en medicación. 📄
2. Los errores de medicación y las cuasifallas se reportan y analizan en forma oportuna, utilizando un proceso establecido.
3. La Unidad de Hemodiálisis emplea la información sobre errores de medicación y las cuasifallas para mejorar los procesos de manejo y uso de medicamentos.
4. El personal está capacitado para identificar y reportar errores y cuasifallas de medicación.

Estándar EAP.18

La Unidad de Hemodiálisis proporciona orientación, capacitación e información sobre el proceso de atención para el conocimiento y participación del paciente y de su familia para la toma de decisiones sobre su atención.

Propósito de EAP.21

La Unidad de Hemodiálisis educa al paciente y a su familia a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar en sus procesos de atención, basándose en la misión, los servicios prestados y el entorno de los pacientes. La organización planifica sus recursos, para educar al paciente y a su familia, de manera eficiente y efectiva.

Elementos Medibles de EAP.21

1. La Unidad de Hemodiálisis planifica la educación de modo tal que coincida con su misión, servicios y población de pacientes.
2. Existe una estructura y un proceso adecuado para la educación en toda la unidad.
3. Los recursos educativos se organizan de manera eficiente y efectiva.

Estándar EAP.18.1

La educación del paciente y de su familia incluye los siguientes temas, según sea adecuado para la atención del paciente: uso seguro de medicamentos, uso seguro del equipo médico, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, manejo del dolor, manejo del acceso vascular e higiene de manos dentro del Unidades de Hemodiálisis.

Propósito de EAP.18.1

La Unidad de Hemodiálisis ofrece educación en áreas que conllevan un alto riesgo para los pacientes, para lo cual emplea materiales y procesos estandarizados.

Se otorga educación acerca del **manejo del acceso vascular, la dieta y la nutrición.**

Cuando corresponda según las necesidades del paciente, se da educación por lo menos en los siguientes temas:

- el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos que toma el paciente, incluidos los posibles efectos secundarios de los medicamentos;
- el uso seguro y efectivo de equipo médico;
- las probables interacciones entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos y los alimentos;
- manejo del dolor; e
- higiene de manos dentro de la Unidad de Hemodiálisis.

Elementos Medibles de EAP.18.1

1. Los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del acceso vascular.
2. Los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta y la nutrición adecuadas.
3. Cuando corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación al menos sobre los siguientes temas:
 - el uso seguro y efectivo de todos los medicamentos que toma el paciente, incluidos los posibles efectos secundarios de los medicamentos;
 - el uso seguro y efectivo de equipo médico;
 - las probables interacciones entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos y los alimentos;
 - manejo del dolor; e
 - higiene de manos dentro del Unidades de Hemodiálisis

Estándar EAP.19

Existe una política que garantiza el egreso seguro y apropiado para los pacientes en cada sesión de hemodiálisis.

Propósito de EAP.19

El egreso de un paciente de la Unidad de Hemodiálisis posterior a una sesión de hemodiálisis se basa en el estado de salud del paciente y en las necesidades de atención o servicios para su continuidad. El médico responsable del paciente determina y autoriza el alta. Se garantiza que el paciente egrese en condiciones clínicas y hemodinámicas estables.

Elementos Medibles de EAP.19

1. Existe una política que garantiza el egreso seguro y apropiado para los pacientes. 📄
2. Se garantiza que el paciente egrese en condiciones clínicas y hemodinámicas estables

Estándar EAP.19.1

Los pacientes y, según sea adecuado, sus familiares, reciben instrucciones comprensibles de seguimiento.

Propósito de EAP.19.1

Los pacientes deben de recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades. Las instrucciones incluyen el nombre y la ubicación de los establecimientos para la continuidad de la atención, cualquier retorno a la Unidad de Hemodiálisis con fines de seguimiento y cuándo debe obtenerse atención de urgencia. Se incluye a la familia, cuidador y/o a la personal legalmente responsable cuando el estado o la capacidad de un paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeña un papel dentro del proceso de atención.

El Unidades de Hemodiálisis informa las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a su familia, en forma simple y comprensible. Las instrucciones de seguimiento se entregan por escrito o en la forma que resulte más comprensible para el paciente.

Elementos Medibles de EAP.19.1

1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensibles.
2. Las instrucciones incluyen cualquier indicación de seguimiento.
3. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención de urgencia.
4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda al estado del paciente.

Estándar EAP.20

El expediente clínico contiene información suficiente como para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención.

Estándar EAP.20.1

El expediente clínico da cumplimiento a la normatividad vigente y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis del Consejo de Salubridad General.

Propósito de EAP.20 y EAP.20.1

El expediente clínico de cada paciente debe presentar información suficiente para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento administrado y documentar el curso y los resultados del tratamiento. Un formato y contenido estandarizados del expediente ayuda a promover la integración y la continuidad de la atención entre los varios profesionales de la salud que trabajan con el paciente.

Los expedientes se documentan de acuerdo a la normatividad vigente y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis del Consejo de Salubridad. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por el personal de salud que brinda atención al paciente.

EAP.20 El expediente clínico contiene información suficiente como para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención médica.

Elementos Medibles de EAP.20

1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para identificar al paciente.
2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico.
3. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento.
4. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento

EAP.20.1 El expediente clínico da cumplimiento a la normatividad vigente y a lo solicitado por los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis del Consejo de Salubridad General.

Elementos Medibles de EAP.20.1

1. Se documenta la atención brindada en cada sesión de hemodiálisis.
2. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la normatividad vigente.
3. Los expedientes clínicos da cumplimiento a los registros solicitados por los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis del Consejo de Salubridad General.
4. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.

Estándar EAP.20.2

La política de la Unidad de Hemodiálisis identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico del paciente, y determina el contenido y el formato del expediente.

Estándar EAP.20.3

Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó en el expediente clínico.

Propósito de EAP.20.2 y EAP.20.3

El acceso a cada categoría de información se basa en la necesidad y está definido por cargo laboral y función, incluido el personal en formación. Un proceso efectivo define:

- quién tiene acceso a la información;
- la información a la cual tiene acceso una persona;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; y
- el proceso a seguir en casos en que se violen la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto de mantener la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico e ingresar información el mismo. La Unidad de Hemodiálisis elabora una política para autorizar a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los expedientes clínicos de los pacientes. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en los expedientes clínicos de los pacientes, y que el autor del ingreso se identifique y ponga la fecha. Si la Unidad de Hemodiálisis lo exige, también se anota la hora en que se ingresó la información, como por ejemplo en el caso de tratamientos con horarios u órdenes de medicamentos.

EAP.20.2 La política de la Unidad de Hemodiálisis identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico del paciente, y determina el contenido y el formato del expediente.**Elementos Medibles de EAP.20.2**

1. Las personas autorizadas para ingresar información en el expediente clínico de un paciente están identificadas en la política de la Unidad de Hemodiálisis.
2. El formato y la ubicación de la información ingresada están determinados por la política de la Unidad de Hemodiálisis.
3. Solo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos de los pacientes.

EAP.20.3 Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó en el expediente clínico.**Elementos Medibles de EAP.20.3**

1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en el expediente clínico de un paciente y se consigna el nombre y la firma.
2. Se puede identificar la fecha de cada ingreso de información en el expediente clínico de un paciente.
3. Cuando la Unidad de Hemodiálisis así lo exige, se puede identificar la hora de ingreso de la información.

Estándar EAP.20.4

Como parte de sus actividades de mejora del desempeño, el Unidades de Hemodiálisis evalúa periódicamente el contenido del expediente clínico del paciente.

Propósito de EAP.20.4

Cada Unidades de Hemodiálisis determina el contenido y el formato del expediente clínico del paciente, cumpliendo lo señalado en la NOM-004-SSA3-2012, y cuenta con un proceso para evaluar el contenido de los expedientes y la completitud de los mismos. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora del desempeño del Unidades de Hemodiálisis y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de expedientes de los pacientes se basa en una muestra que representa a los facultativos que prestaron la atención y los tipos de atención prestada.

La revisión se centra en lo oportuno, completo y legible. El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente coordina la revisión de los expedientes con para garantizar un expediente clínico integrado y de calidad.

Elementos Medibles de EAP.20.4

1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.
2. La revisión emplea una muestra representativa.
3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos de los pacientes o a manejar los mismos.

4. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.
5. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a lo exigido por la NOM-168-SSA1-1998.
6. Los resultados del proceso de revisión se incorporan en el mecanismo de supervisión de calidad de la Unidad de Hemodiálisis.

Estándar EAP.21

Los servicios de laboratorio propios o subrogados están disponibles para atender las necesidades de los pacientes.

Estándar EAP.21.1

Los servicios de laboratorio propios o subrogados cumplen con leyes y reglamentaciones vigentes, cuentan con personal calificado, con los insumos adecuados y con programas de calidad y seguridad.

Propósito de EAP.21 y EAP.21.1

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un sistema, propio o subrogado, para proporcionar los servicios de laboratorio, requeridos según las necesidades de su población de pacientes, de los servicios clínicos ofrecidos y de los prestadores de atención médica.

Cuando los servicios de laboratorio se otorgan en la Unidad de Hemodiálisis:

- a) Se organizan y prestan atención dando cumplimiento con los estándares, leyes, reglamentos y normas locales y nacionales.
- b) Se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado.
- c) Los análisis son realizados por personal debidamente capacitado y experimentado.
- d) Cuentan con un programa de seguridad en el Laboratorio, implementado y adecuado para los riesgos y peligros existentes
- e) Cuentan con procedimientos de control de calidad documentados, implementados y supervisados.
- f) Cuentan con la disponibilidad adecuada de reactivos e insumos

Cuando los Servicios de laboratorio son subrogados, éstos cumplen con los requisitos de calidad establecidos por el Unidades de Hemodiálisis, en donde al menos se garanticen los puntos señalados en los incisos a) a f).

Los resultados de laboratorio emitidos por servicios propios o subrogados están disponibles de manera oportuna de acuerdo con los tiempos definidos por la Unidad de Hemodiálisis.

EAP.24 Los servicios de laboratorio propios o subrogados están disponibles para atender las necesidades de los pacientes.

Elementos Medibles de EAP.21

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con servicios de laboratorio disponibles, ya sean propios o subrogados.
2. Los Servicios de Laboratorio cuentan con Aviso de Funcionamiento vigente de los Servicios de Laboratorio.
3. Los resultados de laboratorio están disponibles de acuerdo a los tiempos definidos por la Unidad de Hemodiálisis

EAP.24.1 Los servicios de laboratorio propios o subrogados cumplen con leyes y reglamentaciones vigentes, cuentan con personal calificado, con los insumos adecuados y con programas de calidad y seguridad.

Elementos Medibles de EAP.21.1

1. Los servicios de laboratorio cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
2. Los servicios de laboratorio subrogados cumplen con las cláusulas de calidad definidas por la Unidad de Hemodiálisis.
3. Los análisis son realizados por personal debidamente capacitado y experimentado.
4. Los servicios de laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional calificado.
5. Para los servicios propios, se cuenta con un programa implementado de control de calidad

6. Para los servicios propios, se cuentan con un programa de seguridad en el Laboratorio, implementado y adecuado para los riesgos y peligros existentes.
7. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.

Estándar EAP.22

Se siguen procedimientos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras.

Propósito de EAP.22

Hay procedimientos elaborados e implementados para

- solicitar análisis;
- recolectar e identificar muestras;
- transportar, almacenar y preservar muestras; y
- recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.

Estos procedimientos también se cumplen en el caso de muestras enviadas a servicios subrogados para ser analizadas.

Elementos Medibles de EAP.22

1. Existen procedimientos que guían la solicitud de análisis.
2. Existen procedimientos que guían la recolección e identificación de muestras.
3. Existen procedimientos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras.
4. Existen procedimientos que guían la recepción y rastreo de muestras.
5. Los procedimientos están implementados.
6. Se supervisan los procedimientos cuando se emplean servicios subrogados.

Estándares de Apoyo a la Atención

EAA

SECCIONES 3

Estándar EAA.23

El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba y hace pública la declaración de la misión de la Unidad.

Estándar EAA.23.1

El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba las políticas, planes y programas para el funcionamiento de la Unidad.

Estándar EAA.23.2

El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

Estándar EAA.23.3

El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones, periódicamente, basándose en los informes que se les presentan.

Propósito de EAA.23 a EAA.23.3

La prioridad para el gobierno de la Unidad de Hemodiálisis es lograr que la organización tenga un claro liderazgo, funcione en forma eficiente y proporcione servicios de buena calidad. Por lo que sus responsabilidades se encuentran principalmente en el nivel de aprobación e incluyen:

- la aprobación de la misión del Unidades de Hemodiálisis;
- la aprobación (o definición de la autoridad de aprobación, cuando se delegue) de los planes o programas estratégicos y de gestión; y de las políticas y procedimientos necesarios para el funcionamiento diario del Unidades de Hemodiálisis;
- la aprobación de la participación del Unidades de Hemodiálisis en programas de educación para profesionales de la salud y en investigaciones, así como la supervisión de la calidad de tales programas;
- la aprobación del presupuesto para hacer funcionar al Unidades de Hemodiálisis; y
- el nombramiento o la aprobación de los mandos medios y superiores de la Unidad de Hemodiálisis.

El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis desarrolla un proceso para la comunicación y cooperación con los líderes de la Unidad, con el objetivo de dar seguimiento a los planes y programas y cumplir con la misión.

EAA.23 El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba y hacen pública la declaración de la misión de la Unidad.**Elementos Medibles de EAA.23**

1. El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba la misión de la Unidad de Hemodiálisis.
2. El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis garantiza la revisión periódica de la misión de la Unidad de Hemodiálisis.
3. Los responsables del gobierno de la Unidad de Hemodiálisis hacen pública de la misión de la Unidad de Hemodiálisis.

EAA.23.1 El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba las políticas, planes y programas para el funcionamiento de la Unidad.**Elementos Medibles de EAA.23.1**

1. El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba los planes y programas estratégico y de gestión, así como las políticas y procedimientos para el funcionamiento de la Unidad de Hemodiálisis.
2. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en las políticas y procedimientos del gobierno de la Unidad de Hemodiálisis.
3. El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asimismo, supervisan la calidad de dichos programas.

EAA.23.2 El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

Elementos Medibles de EAA.23.2

1. El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba el presupuesto para el funcionamiento de la Unidad de Hemodiálisis.
2. El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión de la Unidad de Hemodiálisis.

EAA.23.3 El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones, periódicamente, basándose en los informes que se les presentan.

Elementos Medibles de EAA.23.3

1. El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis aprueba el plan o programa de calidad y la seguridad del paciente.
2. El gobierno de la Unidad de Hemodiálisis recibe periódicamente informes sobre el programa de calidad y seguridad del paciente, y toman medidas basándose en los mismos.

Estándar EAA.24

Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.

Propósito EAA.24

Los riesgos de la atención se reducen significativamente cuando se utiliza el equipo adecuado y este funciona de manera correcta. Esto es particularmente cierto en áreas clínicas tales como los servicios de hemodiálisis. Los suministros y medicamentos adecuados también están a disposición y son adecuados para su uso planificado y situaciones de urgencia. Cada Unidades de Hemodiálisis entiende los equipos requeridos o recomendados, los insumos y los medicamentos necesarios para prestar los servicios planificados a su población de pacientes, los cuales pueden provenir de un organismo gubernamental, de organizaciones nacionales o internacionales o de otras organizaciones profesionales.

Elementos Medibles de EAA.24

1. La Unidad de Hemodiálisis identifica las recomendaciones de organismos gubernamentales y demás fuentes de autoridad en relación con el equipo y los insumos que se necesitarán para proporcionar los servicios planificados.
2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.
3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.

Estándar EAA.25

Los líderes y responsables de áreas de la Unidad de Hemodiálisis supervisan los servicios subrogados.


Propósito de EAA.25

Los unidades de hemodiálisis proporcionan servicios de manera directa o a través de la subrogación, por ejemplo: servicios de laboratorio, limpieza y vigilancia, en cuyo caso, debe existir un contrato que especifique los requerimientos de calidad de dicho servicio y una supervisión adecuada (técnica y directiva) a fin de asegurar que se cubran las necesidades del paciente como parte de las actividades de gestión y mejora de la calidad del Unidades de Hemodiálisis.

Algunas fuentes que habitualmente se consideran para la definición de requerimientos de calidad son: la normatividad vigente, las guías y lineamientos, las políticas y programas de la Unidad de Hemodiálisis, así como términos de referencia técnica.

Los líderes y responsables de áreas o servicios reciben informes de la calidad de los servicios subrogados y toman decisiones basándose en los mismos; asimismo, se aseguran de que los informes se incorporen al proceso de control de calidad de la Unidad de Hemodiálisis, cuando corresponda.

Elementos Medibles de EAA.25

1. Existe un proceso para la supervisión de contratos por parte de los líderes y responsables de áreas técnicas correspondientes. 
2. Los servicios subrogados cubren las necesidades de los pacientes.
3. Los servicios subrogados se controlan como parte del plan o programa de gestión y mejora de la calidad y seguridad de la Unidad de Hemodiálisis.
4. Los líderes y responsables de áreas reciben informes de calidad de los servicios subrogados y toman medidas basándose en los mismos.
5. Todos los servicios subrogados, cuentan con la autorización de la Unidad de Hemodiálisis para ser prestados, dicha autorización se basa en cláusulas de calidad para la prestación de servicios.

Estándar EAA.26

Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación activa en el proceso.

Propósito de EAA.26

El principal propósito de una Unidad de Hemodiálisis de atención médica es proporcionar atención al paciente y trabajar para mejorar los resultados de dicha atención aplicando los principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y otros necesitan:

- estar educados o familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad;
- participar personalmente en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente; y
- garantizar que el control clínico incluya oportunidades para controlar a su vez el desempeño profesional.

Elementos Medibles de EAA.26

1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad.
2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. El desempeño profesional se controla como parte del control clínico.




Estándar EAA.27

Los líderes de las Unidades de Hemodiálisis aseguran que haya programas estandarizados para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal.

Propósito de EAA.27

La capacidad de a unidades de hemodiálisis para atender a sus pacientes está directamente relacionada con su capacidad para atraer y retener personal calificado y competente. Los líderes y responsables de áreas reconocen que la retención del personal, más que el reclutamiento, proporciona un mayor beneficio a largo plazo. La retención aumenta cuando los líderes apoyan el avance del personal mediante la capacitación y educación continua, por lo tanto, planifican e implementan programas y procesos estandarizados relacionados con el reclutamiento, retención, desarrollo, capacitación y educación continua de cada una de las categorías del personal.

Elementos Medibles de EAA.27

1. Existe un proceso planificado para el reclutamiento del personal. 
2. Existe un proceso planificado para la retención del personal. 
3. Existe un proceso planificado para el desarrollo individual y la educación continua del personal. 
4. La planificación se hace en colaboración, e incluye a todas las áreas y servicios de la Unidad de Hemodiálisis.

Estándar EAA.28

Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planifican e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad.

Propósito de EAA.28

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con la unidad de hemodiálisis. Estos líderes:

- respaldan la buena comunicación entre los profesionales;
- planifican y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos;
- aseguran la práctica ética de sus profesiones; y
- supervisan la calidad de la atención al paciente.

Los líderes del personal médico y de enfermería crean una estructura organizacional adecuada y efectiva a fin de llevar a cabo estas responsabilidades. La estructura puede estar sumamente organizada con estatutos, reglas y reglamentaciones, estar constituida de manera informal. En general, la estructuras:

- incluye todo el personal clínico relevante;
- coincide con la misión y la estructura del Unidades de Hemodiálisis;
- es adecuada para la complejidad y la cantidad de personal profesional del Unidades de Hemodiálisis; y
- es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

Elementos Medibles de EAA.28

1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad de la Unidad de Hemodiálisis.
3. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.
4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planificación clínica y la elaboración de políticas.
5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

Estándar EAA.29

El personal clínico de la unidad de Hemodiálisis recomienda el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan.

Propósito de EAA.29

El personal clínico de la unidad de hemodiálisis comunica al gobierno de la Unidad de Hemodiálisis los recursos que requieren, esto ayuda a asegurarse de que el personal, el espacio, el equipo y demás recursos adecuados sean adecuados y estén disponibles para satisfacer con las necesidades de los pacientes. Si bien, se hacen recomendaciones sobre recursos humanos y sobre otros recursos necesarios, esas necesidades cambian o no se satisfacen completamente. Por consiguiente, el Unidades de Hemodiálisis cuenta con un proceso para responder ante la escasez de recursos, a fin de asegurar una atención segura y efectiva para todos los pacientes.

Elementos Medibles de EAA.29

1. El personal especializado de la unidad de hemodiálisis recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.
2. El personal especializado de la unidad de hemodiálisis recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.
3. El personal especializado de la unidad de hemodiálisis recomiendan la cantidad y las competencias del personal necesarias para prestar servicios.
4. El personal especializado de la unidad de hemodiálisis recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.
5. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para responder ante una escasez de recursos.

Estándar EAA.30

Las responsabilidades de cada trabajador se definen en una descripción del puesto actualizada.

Propósito de EAA.30

Todo el personal cuenta con una descripción del puesto actualizada, la cual es la base para su asignación, orientación y evaluación del desempeño.

La descripción del puesto establece claramente cuáles son las responsabilidades y funciones específicas relacionadas con la atención del paciente han sido asignadas o autorizadas al personal clínico.

Cuando no se cuenta con una descripción del puesto para personal clínico, se puede optar por otorgar privilegios de acuerdo a sus competencias.

Para aquellas personas a quienes la ley y la unidad de hemodiálisis les permiten el ejercicio independiente, existe un proceso para identificar y autorizar a la persona el ejercicio según la educación, capacitación y experiencia.

Los requisitos de este estándar se aplican a todos los tipos de “personal” que necesitan una descripción del puesto, que trabajan a tiempo completo, a medio tiempo, son voluntarios o empleados temporales.

Elementos Medibles de EAA.30

1. Cada trabajador cuenta con una descripción del puesto.
2. La descripción del puesto del personal clínico especifica las actividades relacionadas con la atención del paciente que se han asignado.
3. Cuando corresponda, se otorgan privilegios al personal clínico en donde se especifica que funciones y/o responsabilidades se les ha autorizado realizar.
4. Las descripciones de los puestos son actuales de acuerdo con la política de la Unidad de Hemodiálisis.

Estándar de EAA.31

La Unidad de Hemodiálisis utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal clínico sean coherentes con las necesidades de los pacientes.

Propósito EAA.31

La Unidad de Hemodiálisis contrata al personal calificado a través de un proceso que hace coincidir los requisitos del puesto con las competencias del candidato. Este proceso también asegura que las aptitudes del personal sean, desde un principio y con el tiempo, coherentes con las necesidades de los pacientes.

Para el personal clínico según las descripciones del puesto, el proceso incluye:

- Una evaluación inicial para asegurar que la persona realmente pueda asumir las responsabilidades de la descripción del puesto. Esta evaluación se realiza al comenzar a desempeñar las responsabilidades laborales, o antes. La Unidad de Hemodiálisis podrá tener un periodo de “prueba” o de otro tipo durante el cual supervise y evalúe de cerca al personal clínico. La Unidad de Hemodiálisis asegura que el personal que presta servicios de alto riesgo o brinda atención a pacientes de alto riesgo sea evaluado en el momento en que empieza a brindar atención. El área o servicio al cual se asigna el personal, evalúa las aptitudes, conocimientos necesarios y conductas laborales deseadas.
- La Unidad de Hemodiálisis define el proceso y la frecuencia de la evaluación permanente de las capacidades del personal. La evaluación permanente asegura que la capacitación se realice cuando se necesite y que el personal pueda asumir nuevas responsabilidades o diferentes. Si bien, la evaluación permanente, preferentemente debe ser continua, existe al menos una evaluación anual documentada de cada miembro del personal clínico que trabaja según una descripción del puesto o el otorgamiento de privilegios.

Elementos Medibles de EAA.31

1. La Unidad de Hemodiálisis usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal clínico con las necesidades del paciente.
2. Los nuevos miembros del personal clínico son evaluados en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales.

3. El área o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
4. La Unidad de Hemodiálisis define la frecuencia de la evaluación permanente del personal clínico.
5. Existe al menos una evaluación anual documentada para cada miembro del personal clínico que trabaja según una descripción del puesto o el otorgamiento de privilegios, o con mayor frecuencia, según lo defina el Unidades de Hemodiálisis.

Estándar EAA.32

La Unidad de Hemodiálisis utiliza un proceso definido para asegurar que el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico sean coherentes con las necesidades de la Unidades de Hemodiálisis y los requisitos del cargo.

Propósito de EAA.32

La Unidad de Hemodiálisis busca personal que pueda cumplir por completo con los requisitos de los cargos no clínicos. El supervisor del personal proporciona orientación para el cargo y se asegura de que el trabajador pueda cumplir con las responsabilidades de la descripción del puesto. El trabajador recibe el nivel de supervisión necesario, y periódicamente se le evalúa para asegurar su competencia en el cargo.

Elementos Medibles de EAA.32

1. La Unidad de Hemodiálisis usa un proceso definido para hacer coincidir el conocimiento y las aptitudes del personal no clínico con los requisitos del cargo.
2. El nuevo personal no clínico es evaluado en el momento en que comienza sus responsabilidades laborales.
3. El área o servicio al cual se asigna a la persona realiza la evaluación.
4. La Unidad de Hemodiálisis define la frecuencia de la evaluación permanente del personal no clínico.
5. Existe al menos una evaluación documentada del personal no clínico cada año o con mayor frecuencia, según lo defina la Unidad de Hemodiálisis.

Estándar EAA.33

Existe información documentada sobre la evaluación del personal en las áreas correspondientes.

Propósito de EAA.33

Cada trabajador tiene un expediente con la información sobre sus competencias, los resultados de las evaluaciones y un historial laboral. Los expedientes están estandarizados y se mantienen actualizados de acuerdo con la política de la Unidad de Hemodiálisis.

Elementos Medibles de EAA.33

1. Se mantiene la información del personal.
2. Los expedientes del personal contienen las competencias.
3. Los expedientes contienen la descripción de puesto o los privilegios acorde a las políticas.
4. Los expedientes del personal contienen el historial laboral.
5. Los expedientes del personal contienen los resultados de las evaluaciones iniciales y al menos una evaluación anual del desempeño.
6. Los expedientes del personal contienen un registro de la educación que se le ha brindado dentro del servicio, de acuerdo a la política de la Unidad de Hemodiálisis.
7. Los expedientes del personal están estandarizados y se mantienen actualizados, de acuerdo a la política de la Unidad de Hemodiálisis.

Estándar EAA.34

Todo el personal clínico y no clínico recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad a la que es asignado y con respecto a las responsabilidades específicas de su trabajo al momento de la asignación.

Propósito de EAA.34

Para un correcto desempeño, el personal de nuevo ingreso, sin importar el nivel, debe comprender el funcionamiento de la organización y cómo contribuirán sus responsabilidades clínicas o no clínicas específicas al cumplimiento de la misión de la Unidad de Hemodiálisis. Esto se logra mediante una orientación general y específica con respecto a las responsabilidades laborales de su cargo. La orientación incluye, el reporte de eventos adversos, las prácticas de prevención y control de infecciones, las políticas de la Unidad de Hemodiálisis relativas a las órdenes verbales o telefónicas, el uso de equipo de protección personal, la comunicación de peligros y riesgos y demás, según corresponda.

Los trabajadores de los servicios subrogados y los voluntarios también reciben orientación con respecto al Unidades de Hemodiálisis y su asignación o responsabilidades específicas, como por ejemplo seguridad del paciente y prevención y control de infecciones.

Elementos Medibles de EAA.34

1. El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado; dicha orientación también incluye: las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
2. Los trabajadores de servicios subrogados reciben orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado; dicha orientación también incluye: las responsabilidades laborales y asignaciones específicas.
3. Los voluntarios reciben orientación con respecto al funcionamiento de la organización y a las responsabilidades asignadas.

Estándar EAA.35

Cada miembro de la organización recibe educación permanente dentro del servicio y demás educación y capacitación para mantener o mejorar sus aptitudes y conocimiento.

Propósito de EAA.35

La Unidad de Hemodiálisis recolecta datos de varias fuentes para comprender las necesidades de educación permanente del personal. Los resultados de los controles de calidad y seguridad son una fuente de información para identificar las necesidades de educación del personal. Además, los datos de control del programa de administración y seguridad de las instalaciones de la instalación, la introducción de nueva tecnología, las aptitudes y conocimientos identificados en la revisión del desempeño laboral, los nuevos procedimientos clínicos, los planes futuros para ofrecer nuevos servicios, representan dichas fuentes de datos. El Unidades de Hemodiálisis tiene un proceso para reunir e integrar los datos de las deferentes fuentes de información para elaborar el programa de educación del personal y determina cuáles miembros de la organización deben recibir educación continua para mantener sus competencias; dicha educación se controla y documenta.

Para mantener un desempeño aceptable del personal, el Unidades de Hemodiálisis enseña nuevas aptitudes y ofrece capacitación sobre nuevos equipos y procedimientos, para lo cual pone a disposición (o consigue) instalaciones, educadores y tiempo para la educación permanente dentro del servicio y otros tipos de educación. Esta educación es importante para cada miembro de la organización, además de serlo para la mejora continua del Unidades de Hemodiálisis con el fin de cubrir las necesidades de los pacientes; por ejemplo, el personal médico puede recibir educación sobre la prevención y control de infecciones y sobre los avances en la práctica médica. Los logros educativos de cada miembro de la organización se documentan en su expediente.

La Unidad de Hemodiálisis elabora e implementa un programa de salud y seguridad del personal, adecuado para las necesidades de atención médica del personal y las inquietudes de seguridad del Unidades de Hemodiálisis y el personal.

Elementos Medibles de EAA.35

1. El Unidades de Hemodiálisis utiliza varias fuentes de datos e información, incluidos los resultados de los controles de calidad y seguridad, para identificar las necesidades educativas del personal.
2. Los programas educativos se planifican según estos datos e información.
3. El personal de la Unidad de Hemodiálisis recibe educación y capacitación permanentes dentro del servicio.
4. La educación es pertinente para mejorar las competencias del personal de cubrir las necesidades del paciente y/o para los requisitos de educación continua.

Estándar EAA.36

La Unidad de Hemodiálisis tiene un proceso efectivo para recabar, verificar y evaluar las competencias (habilitación, educación, capacitación y experiencia) del personal clínico habilitado para brindar atención al paciente sin supervisión.

Propósito de EAA.36

El personal clínico habilitado para brindar atención al paciente sin supervisión clínica son los responsables primarios de la atención al paciente y de los resultados de la atención. Por lo tanto, la Unidad de Hemodiálisis tiene el mayor nivel de responsabilidad para asegurar que cada uno de estos facultativos esté verdaderamente calificado para brindar una atención y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes.

La Unidad de Hemodiálisis asume esta responsabilidad al:

- comprender las leyes y reglamentaciones correspondientes que identifican a las personas que pueden trabajar independientemente y al confirmar que la organización también permite que dichos facultativos trabajen independientemente dentro del Unidades de Hemodiálisis;
- reunir todas las competencias disponibles de los facultativos, incluidas, al menos, evidencias de educación, capacitación y habilitación actual, competencia actual, mediante información de otras organizaciones en las que el facultativo ejerció, además de cartas de recomendación y/o demás información que el Unidades de Hemodiálisis pueda exigir; y
- verificar la información esencial, como el título y cédula profesionales tanto de licenciatura como de postgrado.

La Unidad de Hemodiálisis debe hacer todo lo posible para verificar la información acerca de las competencias (verificación de la fuente original) incluso cuando la educación se completó en otro país. La verificación de la fuente original, asegura, que los títulos, certificaciones y capacitaciones de un profesional son reales. Por ejemplo, en el caso de los médicos, la verificación de la fuente original se realizará confirmando con la Universidad que emitió su título de médico general y de especialidad o subespecialidad, si corresponde, que realmente concluyó su programa educativo y/o de entrenamiento que avala las competencias..

Se considerará aceptable la consulta electrónica de la cédula profesional con la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Cuando el personal clínico no cuente cédula profesional ya sea porque está en trámite o porque el grado académico no la emite, por ejemplo en posttécnicos de enfermería y algunas subespecialidades médicas o capacitaciones específicas; tendrá que realizarse la verificación de la fuente original confirmando con la instancia donde se realizaron los estudios o la capacitación, por ejemplo cuando

El cumplimiento de los estándares exige que se realice la verificación de la fuente original para:

- nuevos facultativos solicitantes que comiencen cuatro meses antes de la certificación por el Consejo de Salubridad General; y
- en facultativos con antigüedad mayor a 4 meses, deberá existir un plan, con evidencia de avance, que da prioridad a la verificación de las competencias de facultativos activos que brinden servicios de alto riesgo..

Cuando la verificación no es posible, por ejemplo debido a la pérdida de los documentos tras una catástrofe, se debe documentar.

La Unidad de Hemodiálisis reúne y mantiene un archivo que concentra las calificaciones de cada facultativo. El proceso se aplica a todos los tipos y niveles de personal (empleados, honorarios, contratados y personal privado de la comunidad). El Unidades de Hemodiálisis revisa los archivos de cada facultativo en el nombramiento inicial y al menos cada tres años, para asegurar que su habilitación sea vigente y que sea capaz física y mentalmente de brindar atención y tratamiento al paciente sin supervisión.

Elementos Medibles de EAA.36

1. Se identifica al personal a quien la ley, las reglamentaciones y el Unidades de Hemodiálisis permite brindar atención al paciente sin supervisión.
2. La habilitación, educación y capacitación se documentan y verifican de acuerdo con los parámetros que se encuentran en el propósito.
3. Se mantiene un expediente de cada miembro del personal médico, donde se mantienen copias de la habilitación, certificación o registro y demás documentos exigidos por la Unidad de Hemodiálisis.
4. La habilitación, certificación y registros están actualizados y son vigentes.
5. Existe un procedimiento estandarizado para revisar cada expediente al menos cada tres años.
6. En el nombramiento inicial y al menos cada tres años, se toma una decisión sobre la competencia actual de la persona para prestar servicios de atención médica.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAA.37

Estándar EAA.37

El personal médico y de enfermería que se brinda atención al paciente cuenta con las competencias y capacitaciones establecidas en la normatividad vigente.

Propósito de EAA.37

El personal clínico debe contar con la siguientes competencias de acuerdo a la normatividad vigente (NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis).

- Personal Médico: La prescripción de la hemodiálisis, así como el control, supervisión y evaluación del manejo integral del enfermo renal, deberá realizarse únicamente por un **médico especialista en nefrología en quien se haya verificado su fuente original**.
- Personal de Enfermería: Preferentemente deberán de tener especialidad en nefrología o al menos contar con cursos de capacitación y adiestramiento en hemodiálisis por un periodo mínimo de seis meses, impartidos en un centro de atención médica o unidad de hemodiálisis certificada, estas competencias deben de ser verificadas desde su fuente original.

Elementos Medibles de EAA.37

1. La prescripción de la hemodiálisis y el manejo integral del enfermo renal es realizado por un médico especialista en nefrología.
2. El personal de enfermería demuestra capacitación y adiestramiento en hemodiálisis al menos por un período de seis meses.

Estándar EAA.38

La formación de los profesionales de la salud, cuando se lleva a cabo en la Unidad de Hemodiálisis, está guiada por los parámetros educativos definidos por el programa académico.

Propósito de EAA.38

A menudo, las unidades de hemodiálisis de atención médica son los campos clínicos para la formación de médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud, por ejemplo, nutriólogos o psicólogos en formación. Cuando participa en dichos programas de formación, la Unidad de Hemodiálisis:

- Cuenta con mecanismos para supervisar los programas;
- obtiene y acepta los parámetros del programa académico;

- tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas dentro de la Unidad de Hemodiálisis;
- tiene documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes;
- comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante; e
- integra a los participantes en los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas de la Unidad de Hemodiálisis.

Elementos Medibles de EAA.38

1. La Unidad de Hemodiálisis obtiene y acepta los parámetros del programa académico.
2. La Unidad de Hemodiálisis tiene un registro completo de todos los asistentes a los programas académicos, su estado de inscripción, habilitación o certificaciones logradas, y su clasificación académica.
3. La Unidad de Hemodiálisis comprende y ofrece el nivel necesario de supervisión para cada tipo y nivel de participante.
4. El Unidades de Hemodiálisis integra al personal en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones y demás programas de la Unidad de Hemodiálisis.

Estándar EAA.39

La Unidad de Hemodiálisis brinda un programa de salud y seguridad para el personal.


Propósito de EAA.39

La salud y seguridad del personal de una Unidad de Hemodiálisis son importantes para mantener la salud, satisfacción y productividad del personal. La seguridad del personal también forma parte del programa de calidad y seguridad. El modo en que la Unidad de Hemodiálisis orienta y capacita al personal, ofrece un lugar de trabajo seguro, mantiene el equipo biomédico y demás equipos, previene o controla las infecciones asociadas con la atención médica, además de otros factores en su conjunto, determinan la salud y el bienestar del personal.

El programa de salud y seguridad del personal se puede ubicar dentro de la Unidad de Hemodiálisis o se puede integrar con programas externos. Sin importar la asignación de personal y la estructura del programa, el personal comprende cómo informar y recibir atención, asesoría y seguimiento por lesiones como pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, identificación de riesgos y condiciones peligrosas en la instalación, y demás temas de salud y seguridad. El programa también puede ofrecer una evaluación inicial de salud laboral, vacunas y exámenes preventivos periódicos, tratamiento para trastornos comunes relacionados con el trabajo, como lesiones lumbares o lesiones más urgentes.

El diseño del programa incluye aportes del personal y se basa en los recursos clínicos de la Unidad de Hemodiálisis, así como en los de la comunidad.

Elementos Medibles de EAA.39

1. Se cuenta con un plan o programa de salud y seguridad del personal que forma parte del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. 
2. El programa es sensible a las necesidades urgentes y no urgentes del personal mediante atención directa y/o derivaciones.
3. Los datos del programa se integran al programa de calidad y seguridad de la Unidad de Hemodiálisis.
4. Existe una política sobre el suministro de vacunas para el personal.
5. Existe una política sobre la atención, asesoría y seguimiento del personal expuesto a enfermedades infecciosas, que está coordinada con el programa de prevención y control de infecciones.
6. Se realiza al personal de salud la determinación de serología viral y aspartato aminotransferasa de acuerdo a la normatividad vigente.


Estándar EAA.40

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para la prevención, reducción y control de infecciones que es respaldado por un plan o programa y supervisado por personal calificado.

Propósito de EAA.40

El Unidades de Hemodiálisis cuenta con un proceso para la prevención, reducción y control de infecciones que se adecua a la ubicación geográfica y tamaño de la Unidad de Hemodiálisis, los niveles de riesgo y la complejidad de las actividades que se llevan a cabo en la organización. El cual se encuentra respaldado por un Plan o programa documentado que se basa en la información epidemiológica que genera la Unidad de Hemodiálisis e incluye a pacientes, familiares y a todo el personal incluyendo servicios subrogados, si corresponde. Al menos una persona calificada coordina y supervisa el plan o programa.

Elementos Medibles de EAA.40

1. Se cuenta con un sistema para prevenir, control y reducir las infecciones que incluye a toda la organización
2. El sistema está respaldado por un plan o programa acorde al tamaño, riesgos y complejidad de la unidad de hemodiálisis. 
3. El plan o programa es coordinado y supervisado por personal capacitado.

Estándar EAA.40.1

El plan o programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, las guías de práctica clínica y las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Propósito de EAA.40.1

La información es esencial para un plan o programa de prevención y control de infecciones. La información científica actual es necesaria para comprender e implementar actividades efectivas de vigilancia, prevención y control, ésta puede provenir de muchas fuentes, tanto nacionales como internacionales. Las guías y lineamientos de práctica clínica proporcionan información sobre actividades preventivas e infecciones asociadas al cuidado de la salud. Las leyes, reglamentos y normas correspondientes definen elementos del programa básico, la respuesta ante brotes de enfermedades infecciosas y todos los requisitos del informe que se debe presentar.

Elementos Medibles de EAA.40.1

1. El plan o programa de prevención y control infecciones se basa en el conocimiento científico actual.
2. El plan o programa de prevención y control de infecciones se basa en guías de práctica clínica.
3. El plan o programa de prevención y control de infecciones se basa en las leyes y reglamentaciones correspondientes.

Estándar EAA.40.2

Los líderes y responsables de área de la Unidad de Hemodiálisis proporcionan recursos adecuados para respaldar el programa de control de infecciones.

Propósito de EAA.40.2

El plan o programa de prevención y control de infecciones requiere contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos del programa y las necesidades de la Unidad de Hemodiálisis, según sean determinados por el mecanismo de supervisión y aprobados por los líderes de la Unidad de Hemodiálisis.

La implementación del plan o programa necesita recursos para proporcionar educación a todo el personal e insumos, como soluciones antisépticas o desinfectantes con base de alcohol para la higiene de las manos. Los líderes y responsables de área de la Unidad de Hemodiálisis, se aseguran de que el programa cuente con los recursos adecuados para llevarlo a cabo en forma efectiva.

Los sistemas de información son un recurso importante para respaldar el seguimiento de riesgos, tasas y tendencias en infecciones asociadas a la atención médica. El de manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados; los cuales se integran al plan o del programa de mejora de la calidad y seguridad de la Unidad de Hemodiálisis.

Elementos Medibles de EAA.40.2

1. Los líderes y responsables de áreas del Unidades de Hemodiálisis asignan los recursos necesarios para implementar el plan o programa de prevención y control de infecciones nosocomiales.
2. El Sistema de Información respalda el plan o programa de prevención y control de infecciones. Se asegura el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las infecciones.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAA.40.3

Estándar EAA.40.3

La organización establece las prioridades del plan o programa de prevención y control de infecciones.

Propósito de EAA.40.3

Cada Unidades de Hemodiálisis de atención médica debe identificar las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección, y los dispositivos y procedimientos asociados que proporcionarán el foco de atención de los esfuerzos para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de las infecciones.

La Unidad de Hemodiálisis implementa estrategias de manera proactiva a fin de reducir riesgos de infección asociados con:

- a) La calidad del agua
- b) El manejo de los accesos vasculares
- c) Las sesiones de hemodiálisis en pacientes seropositivos
- d) La limpieza y esterilización del equipo
- e) El manejo de la ropa
- f) Disponibilidad y uso adecuado de medidas de protección universal.
- g) Disposición y desecho de Residuos biológico infecciosos
- h) Controles mecánicos y de ingeniería
- i) Demoliciones, construcción o remodelación de espacios
- j) Precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión

Elementos Medibles de EAA.40.3

1. La organización estableció prioridades de atención del plan o programa para prevenir o reducir la incidencia de las infecciones.
2. El Unidades de Hemodiálisis incluye en el Plan o Programa la implementación de estrategias para reducir los riesgos de infección asociados con:
 - a) La calidad del agua
 - b) El manejo de los accesos vasculares
 - c) Las sesiones de hemodiálisis en pacientes seropositivos
 - d) La limpieza y esterilización del equipo
 - e) El manejo de la ropa
 - f) Disponibilidad y uso adecuado de medidas de protección universal.
 - g) Disposición y desecho de Residuos biológico infecciosos
 - h) Controles mecánicos y de ingeniería
 - i) Demoliciones, construcción o remodelación de espacios
 - j) Precauciones estándar y precauciones basadas en la transmisión

Estándar EAA.40.4

La Unidad de Hemodiálisis identifica los procesos y procedimientos asociados a riesgo de infección e implementa estrategias para reducirlos.

Propósito de EAA.40.4

Las unidades de hemodiálisis evalúan y atienden a los pacientes empleando procesos simples y complejos, cada uno de ellos asociado a un nivel de riesgo de infección para los pacientes y el personal; por lo tanto, es importante que se revisen y controlen estos procesos y, según corresponda, se implementen las políticas, procedimientos, capacitación y demás actividades necesarias para reducir el riesgo de infección.

Elementos Medibles de EAA.40.4

1. La Unidad de Hemodiálisis identifica los procesos asociados a riesgo de infección. 📄
2. La Unidad de Hemodiálisis implementa estrategias para reducir el riesgo de infección en esos procesos.
3. La Unidad de Hemodiálisis identifica cuáles riesgos requieren políticas y/o procedimientos, educación del personal, cambios de práctica y otras actividades, para apoyar la reducción de riesgos.
4. Para al menos uno de los riesgos prioritarios, la Unidad de Hemodiálisis adopta e implementa una buena práctica.

Estándar EAA.40.5

El plan o programa de prevención y control de infecciones está integrado al plan o programa de la Unidad de Hemodiálisis para la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estándar EAA.40.5.1

La Unidad de Hemodiálisis rastrea riesgos, tasas y tendencias de las infecciones asociadas con la atención.

Estándar EAA.40.5.2

La vigilancia incluye el uso de indicadores relacionados la prevención y reducción infecciones, que son importantes para el Unidades de Hemodiálisis desde el punto de vista epidemiológico.

Estándar EAA.40.5.3

La Unidad de Hemodiálisis emplea información de riesgos, tasas y tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de infecciones hasta llegar a los niveles más bajos que sean posibles.

Estándar EAA.40.5.4

La Unidad de Hemodiálisis compara sus tasas de infecciones con las de otras Unidades de Hemodiálisis.

Estándar EAA.40.5.5

Los resultados del plan o programa de prevención y control de infecciones se comunican regularmente a los líderes y al personal operativo.

Propósito de EAA.40.5 a EAA.40.5.5

El proceso de control de infecciones está diseñado para reducir el riesgo de infección para los pacientes, el personal y las demás personas. A fin de alcanzar este objetivo, el Unidades de Hemodiálisis debe controlar y rastrear, en forma intencionada, los riesgos, las tasas y las tendencias presentes en las infecciones, para lo cual utiliza la información para mejorar las actividades de prevención, control y reducción de las tasas de infecciones a los niveles más bajos que sean posibles. La mejor forma en que puede usar los datos y la información de control es comprendiendo las tasas y tendencias en otras organizaciones similares.

EAA.40.5 El plan o programa de prevención y control de infecciones está integrado al programa de la Unidad de Hemodiálisis para la mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de EAA.40.5

1. La prevención y control de infecciones forman parte del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente de la Unidad de Hemodiálisis.
2. Los responsables del plan o programa de calidad y seguridad del paciente participan en la supervisión del plan o programa de prevención y control de infecciones.

EAA.40.5.1 La Unidades de Hemodiálisis rastrea riesgos, tasas y tendencias de las infecciones asociadas con la atención.

Elementos Medibles de EAA.40.5.1

1. Se rastrean los riesgos de infecciones asociadas con la atención médica.
2. Se rastrean las tasas de infecciones asociadas con la atención médica.
3. Se rastrean las tendencias de infecciones asociadas con la atención médica.

EAA.40.5.2 La vigilancia incluye el uso de indicadores relacionados con la prevención y reducción infecciones que son importantes para la Unidad de Hemodiálisis desde el punto de vista epidemiológico.

Elementos Medibles de EAA.40.5.2

1. La vigilancia emplea indicadores de prevención y reducción de infecciones.
2. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.

EAA.40.5.3 El Unidades de Hemodiálisis emplea información de riesgos, tasas y tendencias para diseñar o modificar los procesos de reducción de riesgos de infecciones hasta llegar a los niveles más bajos que sean posibles.

Elementos Medibles de EAA.40.5.3

1. Se rediseñan los procesos basándose en los datos e información sobre los riesgos, las tasas y las tendencias.
2. Se rediseñan los procesos a fin de reducir al mínimo posible los riesgos de infección.

EAA.40.5.4 El Unidades de Hemodiálisis compara sus indicadores de infecciones con las de otras Unidades de Hemodiálisis.

Elementos Medibles de EAA.40.5.4

1. Los indicadores se comparan con las tasas de otras organizaciones.
2. Los indicadores se comparan con las mejores prácticas y la evidencia científica.

EAA.40.5 Los resultados del plan o programa de prevención y control de infecciones se comunican regularmente a los líderes y al personal operativo.

Elementos Medibles de EAA.40.5

1. Se comunican formalmente los resultados del control al personal clínico.
2. Se comunican formalmente los resultados del control al cuerpo de gobierno.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAA.41

Estándar EAA.41

El reprocesamiento de los filtros de diálisis garantiza la seguridad del paciente y se realiza de acuerdo a la normatividad vigente.

Propósito de EAA.41

El riesgo de infección aumenta con la reutilización de desechables, por lo que queda prohibido el reprocesamiento de cualquier insumo con excepción de los filtros de diálisis.

Cuando se reutilizan filtros, existe una política que guía dicha práctica de acuerdo a la normatividad vigente (Apéndice Normativo B, "Criterios para el Reprocesamiento de los filtros de diálisis", NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis).

El **proceso de reprocesamiento de los filtros de diálisis** garantiza la seguridad del paciente y se realiza de acuerdo a la normatividad vigente. El proceso se asegura de al menos lo siguiente:

- La obtención un **consentimiento informado** cuando un paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de los filtros de diálisis.
- El **etiquetado de los filtros** de diálisis que serán reusados; con el nombre del paciente, fecha del primer uso y el número de reprocesamientos y el nombre de quién lo realizó.
- El **registro del reprocesamiento de filtros** que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.
- La **no reutilización de los filtros de los pacientes con serología positiva** a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.

Elementos Medibles de EAA.41

1. Se cuenta con una política que guía la reutilización de filtros de hemodiálisis, de acuerdo a la normatividad vigente. 📄
2. Se obtiene un consentimiento informado cuando un paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de los filtros de diálisis.
3. Los filtros de diálisis que serán reusados se etiquetan con el nombre del paciente, fecha del primer uso y el número de reprocesamientos y el nombre de quién lo realizó.
4. Se cuenta con un registro del reprocesamiento de filtros que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.
5. No se reutilizan los filtros de los pacientes con serología positiva a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.

Estándar EAA.42

La Unidad de Hemodiálisis cumple con las leyes, reglamentaciones y requisitos de inspección de la instalación.

Propósito de EAA.42

Lo primero a tener en cuenta en cualquier instalación física son las leyes, reglamentaciones y demás requisitos relacionados con la instalación. Dichos requisitos pueden diferir, dependiendo de la antigüedad y la ubicación de la instalación, y de otros factores, por ejemplo, códigos y reglamentos de construcción de edificios, códigos de seguridad contra incendios, entre otros.

Los directores del Unidades de Hemodiálisis son responsables de

- conocer las leyes, reglamentaciones locales, nacionales y demás requisitos que correspondan a las instalaciones del Unidades de Hemodiálisis;
- implementar los requisitos correspondientes o los requisitos alternativos aprobados; y
- planificar y presupuestar las actualizaciones o sustituciones necesarias identificadas por los datos de control para cumplir con los requisitos correspondientes.

Cuando las Unidades de Hemodiálisis reciben un citatorio por no cumplir con los requisitos, los directores asumirán la responsabilidad de planificar y cumplir con el requisito dentro del marco de tiempo establecido.

Elementos Medibles de EAA.42

1. Los directores de la Unidad de Hemodiálisis conocen las leyes, reglamentaciones y demás requisitos que corresponden a las instalaciones de la Unidad de Hemodiálisis.
2. Los directores implementan los requisitos correspondientes o las alternativas aprobadas.
3. Los directores aseguran que la Unidad de Hemodiálisis cumpla con las condiciones referidas en los informes de las inspecciones a la instalación.

Estándar EAA.42.1

La Unidad de Hemodiálisis elabora y mantiene un plan o programa por escrito que describe el proceso de manejo de riesgos para los pacientes, las familias, los visitantes y el personal.


Propósito de EAA.42.1

El manejo de los riesgos dentro del entorno en el cual se trata a los pacientes y trabaja el personal requiere una planificación. La Unidad de Hemodiálisis elabora un plan o programas que incluyen, según sea adecuado para la Unidad de Hemodiálisis:

- a) **Seguridad y protección**
 - Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo de la Unidad de Hemodiálisis no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.
 - Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados
- b) **Materiales y sustancias peligrosos:** la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
- c) **Emergencias:** existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
- d) **Seguridad contra incendios:** la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
- e) **Equipo médico:** el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos.
- f) **Sistemas de servicios básicos:** los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.

El plan se elabora con base en una identificación de riesgos específicos de la Unidad de Hemodiálisis. Dicho plan se hace por escrito y se actualiza, de modo que refleje las condiciones actuales dentro de la Unidad de Hemodiálisis. Existe un proceso para su revisión y actualización.

Elementos Medibles de EAA.42.1

1. Existe un plan documentado, que se ocupa de las siguientes áreas de riesgo: 
 - a) **Seguridad y protección**
 - Seguridad — el grado en que los edificios, el terreno y el equipo de la Unidad de Hemodiálisis no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal y los visitantes.
 - Protección — contra pérdidas, destrucción, manipulación, acceso o uso no autorizados
 - b) **Materiales y sustancias peligrosos:** la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias radiactivas u otras están controladas; y los residuos y desperdicios peligrosos se desechan con seguridad.
 - c) **Emergencias:** existe una respuesta planificada y efectiva ante epidemias, desastres y emergencias.
 - d) **Seguridad contra incendios:** la propiedad y sus ocupantes están protegidos contra fuego y humo.
 - e) **Equipo médico:** el equipo se selecciona, mantiene y utiliza a modo de reducir los riesgos (Ver el Glosario).
 - f) **Sistemas de servicios básicos:** los sistemas de electricidad, agua y demás sistemas de servicios básicos se mantienen para minimizar los riesgos de fallas operativas.
2. El plan está vigente o actualizado.
3. El plan está plenamente implementado.
4. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para revisar y actualizar anualmente el plan o programa.

Estándar EAA.42.2

Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.

Estándar EAA.42.3

La información sobre incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.

Propósito de EAA.42.2 y EAA.42.3

El plan o programa de manejo de riesgos (*que incluye un plan o programa por cada una de las seis áreas de riesgo*) en una instalación o área, tanto en un Unidades de Hemodiálisis grande como en uno pequeño, requiere el nombramiento de una o más personas que brinden su liderazgo y supervisión. En una unidad pequeña, podrá nombrarse a una persona de medio tiempo, mientras que en una unidad más grande, deberán nombrarse varios ingenieros u otras personas especialmente capacitadas. Todos los aspectos del programa deben ser manejados en forma efectiva, de manera sistemática y continua.

La supervisión del programa incluye:

- a) la planificación de todos los aspectos del programa;
- b) la implementación del programa;
- c) la educación del personal;
- d) las pruebas y controles del programa;
- e) la revisión y modificación periódica del programa;
- f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa; y
- g) la gestión de una organización coherente y continua.

Para lo anterior, es de suma importancia el funcionamiento de la **Comisión de Seguridad e Higiene**, (*NOM-019-STPS-2004, Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo*).

El control de todos los aspectos del programa brinda datos valiosos para mejorarlo y para reducir aún más los riesgos dentro del Unidades de Hemodiálisis.

EAA.42.2 Una o más personas calificadas supervisan la planificación e implementación del programa para manejar los riesgos en el entorno de atención.**Elementos Medibles de EAA.42.2**

1. La supervisión y dirección del programa se asigna a una o más personas.
2. La o las personas están calificadas ya sea por experiencia o por capacitación.
3. La o las personas supervisan el programa; dicha supervisión incluye los siguientes elementos:
 - a) la planificación de todos los aspectos del programa
 - b) la implementación del programa
 - c) la educación del personal
 - d) las pruebas y controles del programa
 - e) la revisión y modificación periódica del programa
 - f) los informes anuales al cuerpo de gobierno con respecto a la efectividad del programa
 - g) la gestión de una organización coherente y continua
4. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un Dictamen de Seguridad Estructural.

EAA.42.3 La información sobre incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas respaldan la planificación y una mayor reducción de riesgos.**Elementos Medibles**

1. Existe un plan para controlar todos los aspectos del programa de manejo de riesgos de la instalación. Particularmente se lleva un registro de los incidentes, accidentes, actos y condiciones inseguras y/o peligrosas.
2. Se utilizan los datos de control para mejorar continuamente el programa.

La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Estándar EAA.43.1

Se inspeccionan todas las áreas donde se atienden pacientes y se desarrolla un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

Estándar EAA.43.2

La dirección planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, áreas o componentes claves, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.

Propósito de EAA.43 a EAA.43.2

Los directores utilizan bien los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura, efectiva y eficiente. La prevención y la planificación son fundamentales para crear una instalación segura. A fin de planificar de manera efectiva, la organización debe ser consciente de todos los riesgos presentes en la instalación, esto incluye todos los tipos de riesgo en la seguridad. El objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes. Esto cobra especial importancia durante periodos de construcción o remodelación de la Unidad de Hemodiálisis. Además, para garantizar la seguridad, todo el personal, los visitantes, los vendedores y demás personas dentro del Unidades de Hemodiálisis están identificados, para lo cual se les emite credenciales, permanentes o transitorias, u otras medidas de identificación; todas las áreas que necesitan ser seguras están protegidas y controladas.

Esto puede hacerse mediante una inspección integral de las instalaciones, verificando todo, desde muebles con bordes filosos y rotos que podrían provocar lesiones hasta lugares que carecen de salida de emergencia para incendios o la imposibilidad de controlar un área protegida. Esta inspección periódica se documenta, y ayuda al Unidades de Hemodiálisis a planificar, llevar a cabo mejoras y a presupuestar actualizaciones de la instalación a mediano y largo plazos.

Posteriormente, al comprender los riesgos presentes en las instalaciones físicas, la Unidad de Hemodiálisis podrá elaborar un plan proactivo para reducirlos y ofrecer instalaciones seguras a los pacientes, las familias, el personal y los visitantes. Este plan incluye seguridad y protección.

EAA.43 La dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

Elementos Medibles de EAA.43

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un programa para proporcionar una instalación física segura y protegida.
2. El programa asegura que todo el personal, los visitantes y los vendedores tengan su identificación y que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.
3. El programa es efectivo para prevenir lesiones y mantener las condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
4. El programa incluye seguridad y protección en tiempos de construcción y remodelación de la Unidad de Hemodiálisis.
5. Los directores aplican los recursos conforme a los planes aprobados.

EAA.43.1 Se inspeccionan todas las áreas donde se atienden pacientes y se desarrolla un plan para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

Elementos Medibles de EAA.43.1

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con una inspección documentada, vigente y precisa de sus instalaciones físicas.
2. La Unidad de Hemodiálisis tiene un plan para reducir los riesgos evidentes basándose en la inspección.
3. La Unidad de Hemodiálisis está avanzando en cuanto a la realización del plan.

EAA.43.2 La dirección planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, áreas o componentes claves, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes.

Elementos Medibles de EAA.43.2

1. La Unidad de Hemodiálisis planifica y presupuesta la actualización o sustitución de los sistemas, áreas y componentes claves para cumplir con las leyes, reglamentaciones y demás requisitos correspondientes.
2. La Unidad de Hemodiálisis planifica y presupuesta la actualización o sustitución de sistemas, áreas o componentes clave para la operación continua de una instalación segura y efectiva.

Estándar EAA.44

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un programa para el inventario, manejo, almacenamiento y uso seguro de materiales y sustancias peligrosas, así como para el control y desecho de residuos y desperdicios peligrosos.

Propósito de EAA.44

La Unidad de Hemodiálisis identifica y controla en forma segura los materiales y sustancias peligrosas, así como los residuos y desperdicios peligrosos conforme a un programa. Dichos materiales, sustancias, desperdicios y residuos incluyen productos químicos, agentes de quimioterapia, materiales y desechos radiactivos, gases y vapores peligrosos, y demás residuos médicos e infecciosos reglamentados.

El programa prevé procesos para:

- el inventario de materiales y sustancias peligrosas;
- la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y sustancias peligrosas;
- la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes;
- el control y adecuado desecho y destino final de residuos y desperdicios peligrosos;
- el uso adecuado del equipo y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición;
- la documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario; y
- el etiquetado (identificación) adecuado de materiales y sustancias peligrosas.

Elementos Medibles de EAA.44

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un inventario de materiales y sustancias peligrosas.
2. Se cuenta con un plan o programa para manejo, almacenamiento y uso de materiales peligrosos.
3. El plan o programa incluye el manejo, almacenamiento y uso seguros.
4. El plan o programa incluye la notificación e investigación de derrames, exposiciones y demás incidentes.
5. El plan o programa incluye el control y destino final de los desechos y residuos peligrosos de manera segura y conforme a la normatividad vigente.
6. El plan o programa incluye el uso del debido equipo y procedimientos de protección durante el uso, derrame o exposición.
7. El plan o programa identifica los requisitos de documentación, incluido todo permiso, licencia u otro requisito reglamentario.
8. El plan o programa incluye el etiquetado (identificación) de materiales y sustancias peligrosas.

Estándar EAA.45

La Unidad de Hemodiálisis elabora y mantiene un plan o programa para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Estándar EAA.245.1

La Unidad de Hemodiálisis somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Propósito de EAA.45 y EAA.45.1

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directamente la Unidad de Hemodiálisis, como por ejemplo el caso de daños en áreas de atención a pacientes como resultado de un terremoto

o ser producto de otras variables que den como resultado una epidemia o brote que impide que el personal se presente a trabajar.

A fin de responder en forma efectiva, la Unidad de Hemodiálisis elabora un programa para manejar tales emergencias.


El plan o programa prevé procesos para:

- a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos;
- b) la determinación del rol del Unidades de Hemodiálisis en tales eventos;
- c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias;
- d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas;
- e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos;
- f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento; y
- g) la coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

El plan o programa se prueba al menos una vez por año. El simulacro es adecuado para los eventos probables. Si la Unidad de Hemodiálisis sufre un desastre real, activa su programa y posteriormente rinde los debidos informes, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

EAA.45 El Unidades de Hemodiálisis elabora y mantiene un plan o programa para responder a probables emergencias, epidemias y desastres naturales o de otra índole dentro de la comunidad.

Elementos Medibles de EAA.45

1. El Unidades de Hemodiálisis cuenta con un Mapa de Riesgos que identifique los fenómenos a los que está expuesta la Unidad y que pueden representar riesgos importantes, como son los de tipo: geológico, hidrometeorológico, socio-organizativos, sanitarios-ecológicos y químico-tecnológicos, así como posibles debilidades por inadecuadas propiedades geotécnicas del suelo. 
2. Se cuenta con un plan o programa de manejo de emergencias.
3. El Unidades de Hemodiálisis planifica su respuesta a probables desastres incluyendo los siguientes puntos:
 - a) la determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos
 - b) la determinación del rol del Unidades de Hemodiálisis en tales eventos
 - c) las estrategias de comunicación para casos de emergencias
 - d) la gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas
 - e) la gestión de actividades clínicas durante un evento, incluidos lugares de atención alternativos
 - f) la identificación y designación de roles y responsabilidades del personal durante un evento

EAA.45.1 El Unidades de Hemodiálisis somete a prueba su capacidad de respuesta ante emergencias, epidemias y desastres.

Elementos Medibles de EAA.45.1

1. El plan o programa de manejo de emergencias se somete a prueba anualmente.
2. El personal participa, al menos una vez al año en una prueba de preparación para emergencias.

Estándar EAA.46

La Unidad de Hemodiálisis planifica e implementa un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

Estándar EAA.46.1

El plan o programa incluye prevención, detección temprana, contención, extinción y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras urgencias no relacionadas con el fuego.

Estándar EAA.46.2

La Unidad de Hemodiálisis realiza regularmente pruebas de su plan o programa de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción; los resultados son documentados.

Propósito de EAA.46 a EAA.46.2

El incendio es un evento que tiene una alta probabilidad de presentarse en una Unidad de Hemodiálisis de atención médica. Por consiguiente, toda organización necesita planificar cómo mantener seguros a sus ocupantes en caso de incendio o humo. Una Unidad de Hemodiálisis planifica, en particular:

- la prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables, incluidos gases médicos inflamables como el oxígeno;
- los peligros relacionados con cualquier construcción, dentro o en los alrededores de los edificios ocupados por los pacientes;
- medios seguros y despejados para salir en caso de incendio;
- sistemas de detección temprana, como detectores de humo o alarmas contra incendio; y
- mecanismos de extinción, tales como mangueras, extintores químicos o sistemas de rociadores.

Estas acciones, al combinarse, ofrecen a los pacientes, a las familias, al personal y a los visitantes, el tiempo adecuado para salir con seguridad de la instalación en caso de incendio o humo. Estas acciones son efectivas independientemente de la antigüedad, el tamaño o la edificación de la instalación. Por ejemplo, una instalación pequeña, de un piso, hecha de ladrillos, empleará métodos diferentes a los de una instalación grande, de varios pisos, construida de madera.

El plan o programa de seguridad contra incendios de la Unidad de Hemodiálisis identifica:

- la frecuencia de la inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra incendios, conforme a los requisitos;
- el programa para evacuar en forma segura la instalación en caso de incendio o humo;
- el proceso para hacer pruebas (ejecutar todo el programa o parte del mismo) al menos dos veces por año;
- la educación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia; y
- la participación del personal en al menos una prueba de seguridad contra incendios por año.

Se documentan todas las inspecciones, pruebas e instancias de mantenimiento.

EAA.46 La Unidad de Hemodiálisis planifica e implementa un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias dentro de la instalación.

Elementos Medibles de EAA.46

1. La Unidad de Hemodiálisis elabora un plan o programa para asegurar que todos los ocupantes de las instalaciones de la Unidad de Hemodiálisis estén a salvo del fuego, el humo u otras emergencias no relacionadas con el fuego. 📄
2. El plan o programa se implementa de manera continua e integral, para asegurar que se incluyan todas las áreas de atención al paciente y de trabajo del personal.

EAA.46.1 El plan o programa incluye prevención, detección temprana, contención, extinción, y salida segura de la instalación en respuesta ante incendios y otras urgencias no relacionadas con el fuego.

Elementos Medibles de EAA.46.1

1. El plan o programa incluye la reducción de riesgos de incendio.
2. El plan o programa incluye la evaluación de riesgos de incendio cuando se está construyendo dentro de la Unidad de Hemodiálisis o junto al mismo.
3. El plan o programa incluye la detección temprana del fuego y el humo.
4. El plan o programa incluye la contención y extinción del fuego y el humo.
5. El plan o programa incluye la salida segura de la instalación en caso de incendios y emergencias no relacionadas con el fuego.

EAA.46.2 La Unidad de Hemodiálisis realiza regularmente pruebas de su programa de seguridad contra incendios y humo, incluido todo dispositivo relacionado con la detección temprana y la extinción; los resultados son documentados.

Elementos Medibles de EAA.46.2

1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de incendios con una frecuencia determinada por la Unidad de Hemodiálisis.
2. El programa de evacuación de seguridad contra incendios y humo se prueba al menos dos veces por año.
3. El personal está capacitado para participar en el programa de seguridad contra incendios y humo. El personal participa en al menos una prueba de seguridad contra incendios y humo por año.
4. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimiento de equipos y sistemas.

Estándar EAA.47

La Unidad de Hemodiálisis elabora e implementa un programa para eliminar el tabaquismo entre el personal y los pacientes en todas sus áreas de la instalación.

Propósito de EAA.47

La Unidad de Hemodiálisis elabora e implementa un programa para eliminar el tabaquismo que:

- se aplica a todos los pacientes, familiares, al personal y a los visitantes; y
- elimina la autorización de fumar dentro de las instalaciones de la Unidad de Hemodiálisis.

La política sobre tabaquismo identifica toda excepción a la política relacionada con los pacientes, como por ejemplo motivos médicos o psiquiátricos por los cuales un paciente tendría permiso para fumar.

Elementos Medibles de EAA.47

1. La Unidad de Hemodiálisis cuenta con una política y un programa implementados para eliminar el tabaquismo. 📄
2. El programa se aplica a pacientes, familias, visitantes y personal.
3. Existe un mecanismo para la vigilancia de la aplicación del Reglamento de áreas libres de humo de tabaco.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAA.48

Estándar EAA.48

Se cuenta con un proceso para inspeccionar, probar y mantener el equipo médico de la Unidad de Hemodiálisis.

Propósito de EAA.48

A fin de asegurar que el equipo médico esté disponible para su uso, y que funcione debidamente, la Unidad de Hemodiálisis diseña e implementa un programa de gestión del equipo médico en el cual al menos se incluya:

- La selección y adquisición del equipo
- La identificación y realización de un inventario de equipo
- La evaluación del uso del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento
- El control y toma de medidas necesarias ante:
 - Avisos de peligro
 - Retiros del mercado por parte del fabricante
 - Incidentes, problemas y fallas que deben informarse

Existe personal calificado que presta estos servicios. El equipo se inspecciona y se prueba cuando es nuevo y posteriormente en forma continua, según sea adecuado para la antigüedad y el uso del equipo, o basándose en las instrucciones del fabricante. Se documentan todas las inspecciones, los resultados de pruebas y todo mantenimiento que se realice. Esto ayuda a asegurar la continuidad del proceso de mantenimiento y ayuda a planificar la inversión para las sustituciones, actualizaciones y demás cambios.

Elementos Medibles de EAA.48

1. El equipo médico se maneja, en toda la Unidad de Hemodiálisis, conforme a un plan o programa.
2. Existe un inventario de todo el equipo médico.
3. El equipo médico se inspecciona regularmente.
4. El equipo médico se prueba cuando es nuevo y según sea adecuado a partir de entonces.
5. Existe un programa de mantenimiento preventivo.
6. Existe personal calificado que presta estos servicios.

Estándar EAA.48.1

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un sistema de retiro de circulación de productos y equipos.

Propósito de EAA.48.1

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para identificar, recuperar, devolver y/o destruir productos y equipos retirados de circulación por su fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que se ocupa del uso de todo producto o equipo que deba ser retirado de circulación.

Elementos Medibles de EAA.48.1

1. Hay un sistema implementado de retiro de circulación de los productos/equipos.
2. La política o procedimiento se ocupa del uso de cualquier producto o equipo que deba ser retirado de circulación.
3. Se implementa la política o el procedimiento.

Estándar EAA.49

El agua utilizada para hemodiálisis, el agua potable y la energía eléctrica están disponibles en los horarios de atención de pacientes, mediante fuentes regulares o alternas, para satisfacer las necesidades esenciales de atención al paciente.

Propósito de EAA.49

En una unidad de hemodiálisis, la atención del paciente, tanto de rutina como urgente, se proporciona durante las horas de atención del paciente. Por consiguiente, es fundamental contar con un abastecimiento ininterrumpido de agua potable, agua utilizada para hemodiálisis y energía eléctrica para cubrir las necesidades de atención de los pacientes. Pueden utilizarse fuentes regulares y alternas.

Elementos Medibles de EAA.49

1. El agua utilizada para hemodiálisis siempre está disponible en los horarios de atención a pacientes.
2. Hay agua potable disponible en los horarios de atención de pacientes.
3. Hay energía eléctrica disponible en los horarios de atención de pacientes.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAA.49.1**Estándar EAA.49.1**

La Unidad de Hemodiálisis cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o falla de los sistemas de agua y electricidad.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAA.49.2**Estándar EAA.49.2**

La Unidad de Hemodiálisis prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema; se documentan los resultados.

Propósito de EAA.49.1 y EAA.49.2

Las unidades de hemodiálisis necesitan distintos equipos médicos y sistemas básicos según su misión, las necesidades de los pacientes y sus recursos. Independientemente del tipo de sistema y del nivel de sus recursos, una Unidad de Hemodiálisis necesita proteger a los pacientes y al personal contra fallas del sistema, interrupción o contaminación.

A fin de prepararse para tales emergencias, la Unidad de Hemodiálisis:

- identifica el equipo, los sistemas y las ubicaciones que representan un mayor riesgo para los pacientes y el personal. Por ejemplo, identifica dónde se necesita iluminación, refrigeración, agua limpia para la higiene y esterilización de suministros;
- evalúa y minimiza los riesgos de fallas de los sistemas básicos en estas áreas;
- planifica fuentes de emergencia de energía eléctrica y agua limpia para estas áreas y necesidades;
- prueba la disponibilidad y confiabilidad de las fuentes de emergencia de electricidad y agua; y
- documenta los resultados de las pruebas.

EAA.49.1 La Unidad de Hemodiálisis cuenta con procesos de emergencia para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, contaminación o falla de los sistemas de agua y electricidad.

Elementos Medibles de EAA.49.1

1. La Unidad de Hemodiálisis identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay fallas eléctricas, el agua está contaminada o se interrumpe su suministro.
2. La Unidad de Hemodiálisis procura reducir los riesgos de dichos eventos.
3. La Unidad de Hemodiálisis planifica fuentes alternas de electricidad y agua para emergencias.

EAA.49.2 La Unidad de Hemodiálisis prueba sus sistemas de agua y electricidad de emergencia periódicamente conforme al sistema; se documentan los resultados.

Elementos Medibles de EAA.49.2

1. La Unidad de Hemodiálisis realiza periódicamente pruebas de fuentes alternas de agua y electricidad.
2. La Unidad de Hemodiálisis documenta los resultados de dichas pruebas.

Estándar EAA.50

Los sistemas de electricidad, agua, desechos, ventilación, gas médico y demás sistemas claves, se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

ESTÁNDAR INDISPENSABLE EAA.51**Estándar EAA.51**

El personal designado controla periódicamente la calidad del agua.

Estándar EAA.52

La Unidad de Hemodiálisis recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo de la Unidad de Hemodiálisis de actualizar o sustituir el sistema de servicios básicos.

Propósito de EAA.50 al EAA.52

El funcionamiento seguro, efectivo y eficiente de los sistemas básicos y demás sistemas claves en el Unidades de Hemodiálisis es fundamental para la seguridad de los pacientes, las familias, el personal y los visitantes, y para cubrir las necesidades de atención de los pacientes; por ejemplo, la contaminación por desechos en áreas de preparación de alimentos, la ventilación inadecuada en el laboratorio clínico, tanques de oxígeno que no se aseguran al guardarse, vías de oxígeno con escapes y cables eléctricos pelados, son peligros de la instalación. A fin de evitar estos y otros peligros, la Unidad de Hemodiálisis cuenta con un proceso para la inspección regular de tales sistemas y para realizar el mantenimiento correspondiente. Durante las pruebas, se presta atención a los componentes críticos de los sistemas, por ejemplo, interruptores.

Las fuentes de energía de emergencia y de respaldo se prueban bajo circunstancias planificadas que simulan los requisitos de carga reales. Las mejoras se hacen cuando es necesario, como por ejemplo mejoras del servicio eléctrico en áreas con equipos nuevos.

La calidad del agua puede cambiar de repente por muchas causas, algunas de las cuales pueden ser ajenas a la Unidad de Hemodiálisis, como por ejemplo una ruptura de la línea que abastece a la Unidad de Hemodiálisis o la contaminación de la fuente de agua de la ciudad. La calidad del agua es también un factor crítico en los procesos de atención médica, como por ejemplo en hemodiálisis. Por consiguiente, el Unidades de Hemodiálisis implementa un proceso para controlar la calidad del agua periódicamente, incluidas las pruebas bacteriológicas y físico-químicas de agua habitual empleada en la hemodiálisis.

La frecuencia de los controles se basa, en parte, en experiencias previas de problemas con la calidad del agua. El control puede llevarlo a cabo personal nombrado por el Unidades de Hemodiálisis, como por ejemplo personal del laboratorio clínico o autoridades de salud pública, ajenas al Unidades de Hemodiálisis, que sean consideradas competentes para llevar a cabo tales pruebas, en cuyo caso es responsabilidad del Unidades de Hemodiálisis asegurarse de que estas pruebas se completen según la normatividad vigente.

El control de los sistemas básicos ayuda al Unidades de Hemodiálisis a evitar problemas y brinda la información necesaria para tomar decisiones relacionadas con las mejoras de los sistemas y para planificar la actualización o sustitución de los sistemas básicos. Los datos del control se documentan.

EAA.50 Los sistemas de electricidad, agua, desechos, ventilación, gas médico y demás sistemas claves, se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

Elementos Medibles de EAA.50

1. La Unidad de Hemodiálisis identifica los sistemas básicos, de gas médico, de ventilación y otros sistemas claves.
2. Los sistemas claves se inspeccionan periódicamente.
3. Los sistemas claves se prueban periódicamente.
4. Los sistemas claves se mantienen periódicamente.
5. Los sistemas claves se mejoran, según corresponda.

EAA.51 El personal designado controla periódicamente la calidad del agua.

Elementos Medibles de EAA.51

1. La calidad del agua se controla periódicamente según la normatividad vigente.
2. El agua utilizada para la hemodiálisis se somete a pruebas periódicamente de acuerdo a la normatividad vigente (Apéndice Normativo A, "Especificaciones del agua con calidad para el empleo en hemodiálisis", NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis)

EAA.52 El Unidades de Hemodiálisis recoge datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos. Estos datos se utilizan para planificar las necesidades a largo plazo de la Unidad de Hemodiálisis de actualizar o sustituir el sistema de servicios básicos.

Elementos Medibles de EAA.52

1. Se cuenta con un programa de gestión del sistema de servicios básicos.
2. Se recogen y documentan datos de control para el programa de gestión del sistema de servicios básicos.
3. Los datos de control se usan con fines de planificación y mejora.

Estándar EAA.53

Los líderes de la Unidad de Hemodiálisis participan en la elaboración y control del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Propósito de EAA.53

Si una organización va a iniciar, mantener mejoras y reducir los riesgos para los pacientes y el personal, es fundamental que cuente con liderazgo y planificación, las cuales provienen del cuerpo de gobierno de la Unidad de Hemodiálisis, junto con otros líderes informales, con quienes a diario, manejan las actividades clínicas y de gestión de la Unidad de Hemodiálisis. En forma colectiva, ellos representan el liderazgo de la Unidad y tienen la responsabilidad de establecer el compromiso de la organización, el enfoque en pro de las mejoras y la seguridad, y la gestión, seguimiento y evaluación del programa.

El **Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)** elabora con un enfoque proactivo, sistémico y multidisciplinario el plan o programa de calidad y seguridad del paciente y, mediante su visión y respaldo, crean y mantienen la cultura de calidad del Unidades de Hemodiálisis.

El cuerpo de gobierno es el responsable final de la calidad y la seguridad del paciente dentro del Unidades de Hemodiálisis y, por ende, tienen la función de aprobar el plan o programa correspondiente, evaluar su instrumentación y actuar según los resultados.

Elementos Medibles de EAA.53

1. Existe un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente con objetivos definidos de acuerdo al plan o programa de mejora de la calidad, encabezado por el director o responsable del Unidades de Hemodiálisis, que sesiona periódicamente, da seguimiento puntual a sus acuerdos y toma decisiones con base en análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.
2. Existe un plan o programa de Calidad y Seguridad del Paciente elaborado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente que abarca toda la Unidad de Hemodiálisis con un enfoque sistémico y proactivo. 📄
3. Los miembros del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y los líderes de la Unidad de Hemodiálisis, definen el proceso o mecanismo de supervisión del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
4. Los responsables de las áreas en la Unidad de Hemodiálisis informan al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente y al cuerpo de gobierno o líderes acerca de la instrumentación del plan o programa de calidad y seguridad del paciente.

Estándar EAA.54

Los líderes y responsables de las áreas del Unidades de Hemodiálisis priorizan qué procesos deben controlarse y qué actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente deben llevarse a cabo.

Propósito de EAA.54

Una función esencial de los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis es definir prioridades empleando datos e información. Generalmente, los recursos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente son escasos, por lo tanto los líderes definen prioridades, considerando: las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, riesgos, procesos críticos, procesos con problemas o con tendencia a tenerlos y los relacionados directamente con la calidad de la atención y la seguridad del entorno.

Elementos Medibles de EAA.54

1. Los líderes establecen prioridades para las actividades de control.
2. Los líderes establecen prioridades para las actividades de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
3. Las prioridades incluyen la implementación de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Estándar EAA.55

Los líderes y responsables de las áreas del Unidades de Hemodiálisis identifican medidas claves (indicadores) para controlar las estructuras, procesos y resultados clínicos y de gestión del Unidades de Hemodiálisis, y las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Estándar EAA.55.1

El método de monitorización es confiable y adecuado al proceso que se quiere controlar.

Estándar EAA.55.2

El control tiene como prioridad la implementación y seguimiento las seis metas internacionales de seguridad del paciente (MISP).

INDICADORES CON ENFOQUE CLÍNICO**Estándar EAA.55.3**

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado *con la evaluación del paciente*.

Estándar EAA.55.4

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *el contenido y uso de los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados por los líderes y responsables de las áreas del Unidades de Hemodiálisis*.

Estándar EAA.55.5

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la monitorización del paciente pre, trans y postdiálisis*.

Estándar EAA.55.6

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con *la prevención y control de infecciones*.

Estándar EAA.55.7

La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye dos indicadores (medidas clave) relacionadas con *riesgos o problemas prioritarios identificados por la Unidad de Hemodiálisis*.

INDICADORES CON ENFOQUE DE GESTIÓN**Estándar EAA.55.8**

La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionadas con *las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia*.

Estándar EAA.55.9

La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionadas con *las expectativas y la satisfacción del personal*.

Estándar EAA.55.10

La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye dos indicadores (medidas clave) relacionadas con *riesgos o problemas prioritarios identificados por la Unidad de Hemodiálisis*.

Propósito de EAA.55 a EAA.55.10

La mejora de la calidad y la seguridad del paciente están dirigidas por los datos. Como la mayoría de las unidades de hemodiálisis de atención médica cuentan con recursos limitados, no pueden recolectar datos para controlar todo lo que desean, por consiguiente, cada Unidad de Hemodiálisis debe elegir cuáles procesos, resultados clínicos y de gestión, son los más importantes a controlar, basándose en su misión, las necesidades del paciente y los servicios. El control a menudo se centra en aquellos procesos de alto riesgo para los pacientes, los de mayor frecuencia y/o los que tienden a presentar problemas.

Los líderes y responsables de áreas de la Unidad de Hemodiálisis deben hacer la selección final de los indicadores (frecuencia, porcentaje, tasa, índice, entre otros) a incluir en las actividades de control. Las medidas seleccionadas están relacionadas con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, áreas clínicas y de gestión importantes seleccionadas por los líderes. Además de los indicadores establecidos, los líderes seleccionan al menos cuatro de riesgos o problemas prioritarios identificados por la Unidad de Hemodiálisis (dos con enfoque clínico y dos con enfoque de gestión) para monitorizar y demostrar la implementación de las estrategias o acciones que son prioridad para que la organización mejore la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Para cada una de estas áreas, los líderes y responsables de áreas de la Unidad de Hemodiálisis deciden:

- el proceso, procedimiento o resultado a medir;
- la disponibilidad de “ciencia” o “evidencia” que respalde la medida;
- la forma en que se logrará la medición;
- el modo en que las medidas entran dentro del plan global del Unidades de Hemodiálisis para el control de calidad y la seguridad del paciente; y
- la frecuencia de la medición.

La identificación del proceso, procedimiento o del resultado a medir es el paso más importante. Es preciso que la selección se concentre en, por ejemplo: los puntos de riesgo en los procesos, los procedimientos que con frecuencia presentan problemas o se realizan con mucha frecuencia y los resultados que pueden definirse claramente y que están bajo el control de la unidad.

La frecuencia de la recolección de datos está asociada con la frecuencia con la cual se utiliza el proceso o se lleva a cabo el procedimiento en particular, se necesitan datos suficientes de todos los casos o un muestreo de casos, para respaldar las conclusiones y las recomendaciones.

Cuando una medida (indicador) existente ya no proporciona datos útiles para analizar los procesos, procedimientos o resultados, se seleccionan nuevas medidas (indicadores). Por lo tanto, los indicadores o los estándares para medir estos indicadores pueden cambiar. El Unidades de Hemodiálisis debe contar con un historial documentado de los indicadores que ha medido en cada área de control de Calidad.

A fin de controlar los procesos, resulta necesario determinar cómo organizar las actividades de control, con qué frecuencia recolectar datos y cómo incorporar la recolección de datos en los procesos de trabajo diario. Los controles también resultan útiles para comprender mejor o examinar profundamente las áreas bajo estudio. Del mismo modo, el análisis de los datos de control puede dar como resultado estrategias para mejorar el área que se está controlando. El control es entonces útil para comprender la efectividad de la estrategia de mejora.

EAA.55 Los líderes y responsables de las áreas del Unidades de Hemodiálisis identifican medidas claves (indicadores) para controlar las estructuras, procesos y resultados clínicos y de gestión de la Unidad de Hemodiálisis, y las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de EAA.55

1. Los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis identifican las medidas claves (indicadores) para controlar la implementación y seguimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
2. Los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis identifican las medidas claves (indicadores) para controlar las áreas clínicas.
3. Los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis identifican las medidas claves (indicadores) para controlar las áreas de gestión.
4. Los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis tienen en cuenta las medidas de respaldo seleccionadas, como la evidencia científica.
5. El control incluye medidas relacionadas con las estructuras, procesos y resultados.
6. El control forma parte del plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
7. Los resultados del control se comunican al mecanismo de supervisión y periódicamente a los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis

EAA.55.1 El método de monitorización es confiable y adecuado al proceso que se quiere controlar.**Elementos Medibles de EAA.55.1**

1. La técnica para la recolección de datos es confiable y adecuada al proceso seleccionado.
2. La herramienta seleccionada para la recolección de datos es confiable y adecuada al proceso seleccionado.
3. La o las personas responsables de recolectar la información han sido capacitadas para llevar a cabo el proceso.
4. La frecuencia de la recolección de datos adecuada al proceso seleccionado.
5. El alcance de la medición es adecuada al proceso seleccionado.

EAA.55.2 El control tiene como prioridad la implementación y seguimiento las seis metas internacionales de seguridad del paciente (MISP).**Elementos Medibles de EAA.55.2**

1. El control incluye las áreas identificadas en el estándar.
2. Los datos se usan para estudiar áreas que se pretende mejorar.
3. Los datos se usan para controlar y evaluar la efectividad de las mejoras.

INDICADORES CON ENFOQUE CLÍNICO (EAA.55.3 a EAA.55.7)**EAA.55.3 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con la evaluación del paciente.****Elementos Medibles de EAA.55.3**

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificadas en el estándar.
2. Los datos de mejora de la calidad se usan para analizar las áreas que se pretende mejorar.
3. El indicador seleccionado puede demostrar la mejora de la calidad.

EAA.55.4 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el contenido y uso de los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados por los líderes y responsables de las áreas del Unidades de Hemodiálisis.**Elementos Medibles de EAA.55.4**

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificadas en el estándar.
2. Los datos de mejora de la calidad se usan para analizar las áreas que se pretende mejorar.
3. El indicador seleccionado puede demostrar la mejora de la calidad.

EAA.55.5 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la monitorización del paciente pre, trans y postdiálisis.**

Elementos Medibles de EAA.55.5

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificadas en el estándar.
2. Los datos de mejora de la calidad se usan para analizar las áreas que se pretende mejorar.
3. El indicador seleccionado puede demostrar la mejora de la calidad.

EAA.55.6 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con **la prevención y control de infecciones.**

Elementos Medibles de EAA.55.6

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificadas en el estándar.
2. Los datos de mejora de la calidad se usan para analizar las áreas que se pretende mejorar.
3. El indicador seleccionado puede demostrar la mejora de la calidad.

EAA.55.7 La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye dos indicadores (medidas clave) relacionadas con **riesgos o problemas prioritarios identificados por la Unidad de Hemodiálisis.**

Elementos Medibles de EAA.55.7

1. La mejora de la calidad con enfoque clínico incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificadas en el estándar.
2. Los datos de mejora de la calidad se usan para analizar las áreas que se pretende mejorar.
3. El indicador seleccionado puede demostrar la mejora de la calidad.

INDICADORES CON ENFOQUE DE GESTIÓN (EAA.55.8 a EAA.55.10)

EAA.55.8 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionadas con **las expectativas y la satisfacción del paciente y de su familia.**

Elementos Medibles de EAA.55.8

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificadas en el estándar.
2. Los datos de mejora de la calidad se usan para analizar las áreas que se pretende mejorar.
3. El indicador seleccionado puede demostrar la mejora de la calidad.

EAA.55.9 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionadas con **las expectativas y la satisfacción del personal.**

Elementos Medibles de EAA.55.9

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificadas en el estándar.
2. Los datos de mejora de la calidad se usan para analizar las áreas que se pretende mejorar.
3. El indicador seleccionado puede demostrar la mejora de la calidad.

EAA.55.10 La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye dos indicadores (medidas clave) relacionadas con **riesgos o problemas prioritarios identificados por la Unidad de Hemodiálisis.**

Elementos Medibles de EAA.55.10

1. La mejora de la calidad con enfoque de gestión incluye al menos un indicador (medida clave) relacionado con el área identificadas en el estándar.
2. Los datos de mejora de la calidad se usan para analizar las áreas que se pretende mejorar.
3. El indicador seleccionado puede demostrar la mejora de la calidad.

Estándar EAA.56

El personal con la experiencia, el conocimiento y las habilidades adecuadas agrupan y analizan sistemáticamente los datos en la Unidad de Hemodiálisis.

Propósito de EAA.56

A fin de tomar decisiones, se deben analizar y transformar los datos en información útil. El análisis de datos involucra a personas que entienden el manejo de la información, están capacitadas en métodos de agrupación y categorización de datos y saben cómo usar diversas herramientas estadísticas. El análisis de datos involucra al personal responsable de la medición del proceso o el resultado, dicho personal podría pertenecer al área clínica, de gestión o a una combinación de ambas. Por consiguiente, el análisis de datos proporciona una retroalimentación constante de información sobre gestión de la calidad, para ayudar a dichas personas a tomar decisiones y a mejorar continuamente los procesos clínicos y de gestión. La comprensión de las técnicas estadísticas resulta útil para el análisis de datos, en especial para interpretar la variación y decidir dónde se necesita mejorar.

Las gráficas de comportamiento, las de control, los histogramas y los diagramas de Pareto son ejemplos de herramientas estadísticas útiles para comprender las tendencias y las variaciones en la atención médica.

Elementos Medibles de EAA.56

1. Los datos se categorizan, agrupan, analizan y transforman en información útil.
2. Las personas con la experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.
3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.

Estándar EAA.56.1

El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otras unidades de hemodiálisis cuando estén disponibles, y con estándares científicos y prácticas deseables.

Propósito de EAA.56.1

El objetivo del análisis de datos es poder comparar una Unidad de Hemodiálisis de cuatro formas:

1. Consigo mismo en diferentes periodos, como por ejemplo mes a mes, o de un año a otro;
2. con otras organizaciones similares, por ejemplo mediante bases de datos de referencia
3. con estándares de calidad reconocidos o los establecidos por leyes, reglamentaciones o programas;
4. con las prácticas identificadas en la literatura como las mejores o con guías de práctica clínica.

Estas comparaciones ayudan a la Unidad de Hemodiálisis a entender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a concentrar los esfuerzos por mejorar.

Elementos Medibles de EAA.56.1

1. Dentro de la Unidad de Hemodiálisis las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.
2. Se hacen comparaciones con organizaciones similares.
3. Se hacen comparaciones con estándares de calidad reconocidos.
4. Se hacen comparaciones con las mejores prácticas conocidas.

Estándar EAA.57

Los líderes y responsables de áreas en la Unidad de Hemodiálisis emplean un proceso definido para identificar y dar seguimiento a los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas.



Propósito de EAA.57

Con el propósito de construir una cultura de aprendizaje, la organización establece definiciones operativas para evento centinela, evento adverso y cuasifallas y diseña un mecanismo de reporte y análisis de los mismos con el propósito de aprender de los errores y de crear acciones o estrategias para que no vuelvan a ocurrir.

Todos los eventos que cumplen con la definición de centinela se evalúan mediante un análisis de causa-raíz. Cuando el análisis de causa-raíz revela que la aplicación de ciertas mejoras en los sistemas u otras acciones pueden prevenir o reducir el riesgo de que tales eventos vuelvan a ocurrir, el Unidades de Hemodiálisis rediseña los procesos y toma las medidas adicionales que sean adecuadas para tal fin.

Se cuenta con un mecanismo para el análisis de cada uno de los eventos adversos y cuasifallas reportados, así como, un análisis de patrones y tendencias en su conjunto.

Elementos Medibles de EAA.57

1. Se ha establecido una definición de evento centinela. 
2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de todos los eventos centinela en un periodo de tiempo especificado por los líderes.
3. Los líderes y responsables de áreas en la Unidad de Hemodiálisis toman medidas respecto a los resultados del análisis de las causas principales.
4. Se ha establecido una definición de evento adverso y cuasifallas. 
5. Se analizan cada uno de los eventos adversos y cuasifallas reportados.
6. Se analizan patrones y tendencias de los eventos adversos y cuasifallas reportados.

Estándar EAA.58

Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad.

Propósito de EAA.58

El Unidades de Hemodiálisis emplea la información proveniente del análisis de datos para identificar posibles mejoras o reducir (o prevenir) eventos adversos. Los resultados del control de calidad contribuyen a la identificación de dónde debe planificarse una mejora. En particular, las mejoras se planifican para las áreas prioritarias de recolección de datos, identificadas por los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis.

Elementos Medibles de EAA.58

1. La Unidad de Hemodiálisis planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis.
2. La Unidad de Hemodiálisis documenta las mejoras logradas y sostenidas.

Estándar EAA.59

Se emprenden actividades de mejora de la calidad y seguridad para las áreas prioritarias que identificaron los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis.

Propósito de EAA.59

La Unidad de Hemodiálisis utiliza recursos adecuados e involucra al personal, áreas y servicios más cercanos a los procesos o actividades a mejorar. La responsabilidad de la planificación y realización de una mejora se asigna a personas individuales o a un equipo, se proporciona toda capacitación necesaria y se pone a disposición el manejo de la información y otros recursos.

Una vez planificado, los datos se recolectan durante un periodo de prueba para demostrar que el cambio planificado representó realmente una mejora. A fin de asegurar que la mejora es sostenida, se recolectan los datos de control para realizar un análisis permanente. Se incorporan los cambios efectivos al procedimiento habitual y se lleva a cabo la capacitación necesaria al personal. La Unidad de Hemodiálisis documenta y difunde las mejoras logradas y sostenidas como parte de su plan o programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de EAA.59

1. Las áreas de prioridad que identifican los líderes y responsables de las áreas de la Unidad de Hemodiálisis se incluyen en las actividades de mejora.
2. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.
3. Los cambios se planifican y se prueban.
4. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.
5. Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.
6. Se hacen cambios a la política a fin de planificar, llevar a cabo y sostener la mejora.
7. Se documentan y difunden en toda la Unidades de Hemodiálisis las mejoras exitosas.

Estándar EAA.60

Se analiza uno de los riesgos prioritarios para la organización con una herramienta proactiva para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.

Propósito de EAA.60

Las unidades de hemodiálisis de atención médica necesitan adoptar un proceso proactivo para analizar los cuasifallas y demás procesos identificados como de alto riesgo, en los cuales un error podría dar como resultado un evento centinela. Una herramienta que facilita dicho análisis proactivo de las consecuencias de un evento que podría ocurrir en un proceso crítico, de alto riesgo, es el Análisis de Modo y Efecto de Fallo.

También puede identificar y usar herramientas similares para identificar y reducir riesgos, como un análisis de vulnerabilidad de riesgo. Para usar en forma efectiva ésta u otras herramientas similares, es preciso que los líderes y responsables de áreas del Unidades de Hemodiálisis, adopten y aprendan el enfoque, se pongan de acuerdo sobre una lista de procesos de alto riesgo en términos de seguridad del paciente y del personal, y que luego usen la herramienta proactiva en un proceso de riesgo prioritario. Luego del análisis de los resultados, toman medidas para rediseñar el proceso o acciones similares para reducir el riesgo en el proceso, el cual se lleva a cabo al menos una vez por año y se documenta.

Elementos Medibles de EAA.60

1. Se ejecuta sistemáticamente un proceso mediante el cual se identifican áreas de alto riesgo en términos de seguridad del paciente y del personal.
2. Los líderes y responsables de áreas del Unidades de Hemodiálisis priorizan los riesgos de seguridad de los pacientes y del personal al menos una vez por año.
3. El Unidades de Hemodiálisis documenta el uso de una herramienta proactiva de reducción de riesgos, al menos una vez por año, sobre uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario.
4. Los líderes y responsables de áreas de la Unidad de Hemodiálisis toman medidas para rediseñar los procesos identificados como de alto riesgo basándose en el análisis.

SiNaCEAM

**Sistema Nacional de Certificación de
Establecimientos de Atención Médica**

**Homero No. 213, Piso 2, Col. Chapultepec Morales,
C.P. 11570, Deleg. Miguel Hidalgo, Ciudad de México.**

Tel.: (55) 2000-3400 Ext. 59036

www.csg.gob.mx